Rok XLI. Kraków 6 Grudnia 1902. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie i z pracowni higienicznej dra Dzierżgowskiego w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Przyczynek do leczenia zapalenia paciorkowcowego otrzewnej za pomocą surowic swoistych i środków obojętnych nieswoistych.

(Praca nagrodzona na konkursie imienia dra Teodora Dunina w Warszawie).

Napisał

Dr. Feliks Majewski.

elew kliniki.

Z wyjątkiem surowicy przeciwbłoniczej i przeciwksięgosuszowej, znaczenie innych surowic leczniczych dotychczas jeszcze wyjaśnionem nie zostało; najbardziej może obchodząca chirurga surowica przeciwpaciorkowcowa dotąd nie zyskała jeszcze szerszego rozpowszechnienia. Samo przygotowanie tej surowicy ma wielki wpływ na jej skuteczność; posiada ona różną siłę, zależnie od pracowni, w której została przygotowana. Niewątpliwie jest to do pewnego stopnia zależnem od gatunku i stopnia złośliwości paciorkowców, użytych do uodpornienia. Nierozstrzygniętą dotychczas jest nawet sprawa, czy paciorkowce stanowią jeden tylko rodzaj pasorzyta, gdyż w jednych przypadkach wywołują one tylko miejscowe ropienie, w innych przy ropieniu nieznacznem nadzwyczaj silne zakażenie ogólne.

W pracach dotychczasowych nad znaczeniem surowicy w przypadkach klinicznych rzadko bardzo zwracano uwagę nie tylko na siłę drobnoustrojów, wywołujących zakażenie, lecz nawet i na ich gatunek. W wielu razach pomyślne wyniki stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej nie są umotywowane badaniem bakteryologicznem krwi i wydzieliny z rany; może to doprowadzić z jednej strony do nie dających się ziścić nadziei, lub przeciwnie do przedwczesnego rozczarowania. Sprawę tę mogą bliżej wyjaśnić przedewszystkiem badania laboratoryjne, w zestawieniu z doświadczeniem klinicznem. Tylko na mocy porównania wpływu pasorzytów wyosobnionych z ustroju ludzkiego na ustrój zwierzęcy można sądzić o złośliwości zakażenia i o skuteczności seroterapeutycznych metod leczenia.

Jeżeli tego rodzaju wątpliwości nasuwają się tam, gdzie wrota dla wtargnięcia zarazka z powierzchni ustroju są znane, to zwiększają się one jeszcze bardziej, jeżeli drogi, któremi drobnoustroje dostają się, nie są dla oka widoczne, albo też, jeżeli dostęp do źródła zakażenia jest utrudniony lub prawie niemożliwy. Dotyczy to jam wypełnionych trzewami, a zwłaszcza jamy brzusznej, w której dojście do ogniska zakażenia bez większych zabiegów (np. laparotomii) jest bardzo trudnem, a często przeciwwskazanem. W razach, gdzie z jakiegokolwiekbądź powodu nie badano bakteryologicznie ogniska zakażenia, a badanie krwi nie wykazało obecności drobnoustrojów, kontrolowanie wpływu surowicy wykonać się nie da. Pomimo to niektórzy autorowie, nie otrzymując po wstrzyknięciu surowicy leczniczej wyników pomyślnych, przypisują to nieskuteczności surowicy, a w razach wyzdrowienia chorych uważają to ostatnie za wynik wstrzykniętego środka leczniczego. Sąd taki jest zbyt dowolny wobec braku stwierdzenia obecności i jakości zarazka.

Pomimo licznych spostrzeżeń klinicznych sprawa leczenia zapalenia otrzewnej na drodze doświadczalnej nie jest dostatecznie wyjaśnioną. To też postanowiłem zbadać, jak przebiega zapalenie otrzewnej, wywołane przez różne drobnoustroje, pod wpływem surowic swoistych, oraz środków obojętnych, nieswoistych. Doświadczenia te rozpocząłem od laseecznika okrężnicy *(bac. coli c.)*, którym uodporniałem kozła, w celu zbadania zmian własności surowicy kozła względem zakażającego drobnoustroju. Przy określeniu siły zarazka okazało się, że królik szczepiony do otrzewnej hodowlą laseecznika okrężnicy zdechł po upływie 36 godzin; sekcya zaś wykazała poczynające się zapalenie otrzewnej, nieznaczne powiększenie śledziony i gruczołów chłonych, oraz przekrwienie wszystkich narządów. Z krwi prawej komory serca otrzymałem czystą hodowlę laseeczników okrężnicy.

Zakażenie kozła rozpocząłem przesączem (przez sączek Chamberlanda) czterodniowej hodowli, którego wprowadziłem po raz pierwszy 9 sz. ctm., w pięć dni potem 10 sz. ctm., a następnie po 8 dniach 15 sz. ctm. tychże toksyn. Na zastrzykiwania zwierzę oddziaływało miejscowym obrzękiem, który przy drugiem wstrzyknięciu dochodził do wielkości jaja kurzego, oraz podniesioną ciepłotą 0,4°—0,5° (prawidłowa ciepłota kozła przed doświadczeniem 39.3°—39,4°). Surowica jego odznaczała się znacznie większemi niż w stanie prawidłowym własnościami aglutynującemi w stosunku do tego samego laseecznika okrężnicy.

Następnie w drugiej seryi wstrzykiwań wprowadziłem w ciągu 2 tygodni w równych odstępach czasu trzy razy, 0,5 sz. ctm., 1,0 sz. ctm. i 2,0 sz. ctm. hodowli bulionowej, uprzednio zagotowanej. Tu odczyn był słabszy, niż po zastrzyknięciu przesączu. Wreszcie w trzeciej seryi zastrzykiwałem w ciągu trzech tygodni w równych prawie odstępach czasu 0,3 sz. ctm., 0,5 sz. ctm. i 1,0 sz. ctm czterodniowej hodowli bulionowej. Odczyn był tu nadzwyczaj silny: obrzęk dochodził do wielkości dłoni, ciepłota zaś sięgała 40,0°—40,2°

Badania te musiałem przerwać, a przystąpiłem natomiast do badań wpływu surowicy przeciwpaciorkowcowej na zapalenie paciorkowcowe otrzewnej (używając do tego surowicy konia uodpornionego przeciw paciorkowcom). Doświadczenia

przeprowadzałem na królikach. Hodowlę paciorkowców otrzymałem z przypadku paciorkowcowego zapalenia migdałków, zabijającą królika w 36 godzin w stosunku 0,000,025 sz. ctm. czystej hodowli bulionowej na 1 kilogram wagi królika. Oprócz tego badałem wpływ czystego aseptycznego bulionu peptonowego na przebieg zakażenia paciorkowcami.

Badania moje były trojakiego rodzaju: w I seryi doświadczeń wprowadzałem uprzednio do ustroju surowicę przeciwpaciorkowcową albo bulion wyjałowiony, a następnie zwierzę zakażałem; w II surowica była wprowadzana jednocześnie z zarazkiem, ale osobno, t j. z nim nie zmięszana; w III stosowałem surowicę już po zakażeniu.

W ten sposób starałem się przekonać, czy w moich doświadczeniach surowica paciorkowcowa okaże własności ochronne i lecznicze, a zależność wpływu surowicy od miejsca jej wstrzyknięcia na przebieg zakażenia oceniałem na mocy zastrzykiwania już to podskórnego, już to do jamy otrzewnowej, a wreszcie do żył.

Nie będę przytaczał wszystkich protokołów doświadczeń, które dokładnie uwidoczniają 2 niżej załączone tablice.

W I. tablicy zestawione są wyniki zastosowania u królików zakażonych paciorkowcami, wprowadzonymi do jamy otrzewnowej drogą wstrzykiwań śródotrzewnych surowicy i bulionu: a) przed zakażeniem, b) jednocześnie z zakażeniem, c) wreszcie po zakażeniu. W dwóch ostatnich przypadkach stosowałem tylko surowicę. II tablica przedstawia wyniki otrzymane przy identycznych warunkach jak wyżej, z tą

Tablica I.

Dzień	Serya I.		Serya II.	Serya III.		Kontrola
	Nr 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
22/IV	Waga 2370 grm Otrzymał 24 godziny przed zakażeniem 2.0 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej do jamy otrzewnowej	Waga 1800 grm. Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 2,0 sz. ctm wyjałowionego bulionu do jamy otrzewnowej	Waga 1510 grm.	—	—	—
23/IV	W. 2340 grm.	W. 1770 grm.	W. 1510 grm. otrzymał jednocześnie z zakażeniem 2,0 sz. ctm. surowicy do jamy otrzewnowej	Waga 2050 grm. przed zakażeniem	Waga 1410 grm. przed zakażeniem	Waga 2150 grm. przed zakażeniem
Wszystkie 6 królików otrzymały do jamy otrzewnowej po 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej paciorkowca.						
24/IV	W. 2305	W. 1715 grm.	W. 1515 grm.	W. 2000 grm. Otrzymał 2 sz ct. surowicy przeciwpaciorkowcowej do jamy otrzewn. t. j. w 24 godz po zakażeniu	W. 13*5 grm. Otrzymał w 24 godzin po zakażeniu 4 sz. ctm do jamy otrzewnowej i 2 sz ctm. pod skórę	W. 2095 grm.
25/IV	W. 2330	W. 1770 grm.	W. 1525 grm.	Po 36 godzinach od zakażenia śmierć	W. 1250 grm po 48 godzinach od zakażenia śmierć	Po 36 godzinach od zakażenia śmierć
26/IV	W. 2315	W. 1810 grm.	W. 1535 grm.	—	—	—
27/V	W. 2315	W. 1815 grm.	W. 15?0 grm.	—	—	—
	Żyją, mają się dobrze. Wypuszczone z pod obserwacyi					

W. oznacza: Waga.

Tablica II.

Dzień	Serya I		Serya III.			Kontrola
	Nr 1	Nr 2	Nr 3	Nr 4	Nr. 5	Nr 6
20/V	Waga 1820 grm Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 4 sz ctm surowicy pod skórę w okolicy brzucha	Waga 2563 grm Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 4 sz. ctm. surowicy pod skórę w okolicy brzucha	—	—	—	—
21/V	W. 1795 grm	W. 2550 grm.	Waga 2390 grm przed zakażeniem	Waga 2335 grm przed zakażeniem	Waga 2205 grm. przed zakażeniem	Waga 2580 grm.
	Wszystkie króliki otrzymały po 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej paciorkowca do otrzewnej					
	jednoczasowo z zakażeniem I. serya otrzymała jeszcze po 3 sz. ctm. surowicy podskórnie		w cztery godziny po zakażeniu 4 sz ctm. surowicy pod skórę	w pięć godzin po zakażeniu 5 sz. ctm. surowicy podskórnie	w sześć godzin po zakażeniu 5 sz. ctm surowicy podskórnie	
22/V	W. 1820 grm.	W 2550 grm	W. 2330 grm.	W. 2300 grm	W. 2245 grm	W 2560 grm.
23/V	W. 1845 grm.	W. 2530 grm.	W. 2400 grm.	W. 2335 grm.	W. 2225 grm	po 36 godzinach od zakażenia śmierć Waga po śmierci 2540 grm.
24/V	W. 1805 grm.	W 2505 grm.	W. 2565 grm.	W. 2375 grm	W. 2250 grm.	
25/V	W. 1820 grm.	W. 2480 grm.	W. 2470 grm.	W. 2350 grm.	W. 2285 grm.	
	Żyją, mają się dobrze, wypuszczone z pod obserwacyi					

W. oznacza: Waga.

różnicą, że wprowadzano surowicę wyłącznie podskórnie i nie używano bulionu.

W obu tablicach podane są również doświadczenia kontrolujące na królikach nieleczonych.

Z zestawienia otrzymanych przezemnie faktów wynika:

1) Po zakażeniu paciorkowcami, wprowadzonymi do jamy otrzewnowej w ilości 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej tego pasorzyta na królika, giną króliki w ciągu 36 godz., przytem często ciepłota ciała podnosiła się o kilka dziesiętnych stopnia.

2) Surowica przeciwpaciorkowcowa, wstrzyknięta na 24 godzin przed zakażeniem w ilości 2 sz. ctm. do jamy otrzewnowej, a w ilości 4 sz. ctm. podskórnie, chroni od następstw zakażenia.

3) Bulion wyjałowiony, wstrzyknięty w ilości 2 sz. ctm. do jamy otrzewnowej na 24 godzin przed zakażeniem, chroni królika od następstw zakażenia.

4) Wszystkie króliki I. seryi oddziaływały przez 5 dni podniesieniem ciepłoty, nie przekraczającem 0,5°, a nawet spadkiem wagi ciała, utrzymującym się w ciągu 3—5 dni, poczem wracały do stanu prawidłowego tak przy zastrzyknięciu do jamy otrzewnowej, jak i podskórnie.

5) Przy zastrzyknięciu jednoczesnem hodowli paciorkowców i surowicy w tej samej ilości, jak pod 2), objawy chorobowe były nadzwyczaj słabe, ciepłota podnosiła się bardzo nieznacznie (0,2°) tak, że w rachubę brana być nie może; waga ciała utrzymała się na jednej wysokości, a nawet się zwiększyła. Wszystkie króliki wyzdrowiały.

6) Surowica przeciwpaciorkowcowa posiada własności lecznicze, o ile jest dosyć wcześnie po zakażeniu stosowana. Przy wstrzyknięciu jej podskórnem w 8—10 godzin po zakażeniu w ilości 4 sz. ctm. udawało się zawsze niemal zachować królika przy życiu.

Przy zastrzyknięciu w 24 godziny po zakażeniu króliki ginęły przeważnie w 36 godzin, t. j. tak, jak króliki kontrolne, nie leczone wcale. W nielicznych razach śmierć następowała w 48—50 godzin po zakażeniu. W doświadczeniach moich robiłem najwyżej dwa wstrzykiwania po 4 sz. ctm. podskórnie, a po 2 sz. ctm. do otrzewnej, aby otrzymać wszędzie możliwie do siebie zbliżone warunki.

Do zakażenia brałem umyślnie materyał inny, aniżeli ten, który był użyty do otrzymania surowicy ochronnej, aby się przekonać, czy surowica może okazać wpływ na paciorkowca innego gatunku. Chciałem przez to naśladować warunki, z jakimibyśmy ewentualnie mieli do czynienia przy łóżku chorego.

Badania w tym kierunku dalej prowadzę.

Pracę tę podjąłem dla wyjaśnienia wpływu szczepień ochronnych i leczniczych na przebieg chirurgicznych chorobowych procesów septycznych. Z natury rzeczy musiałem ograniczyć się tylko bardzo małą cząstką całości. Wybrałem otrzewnę, ona bowiem należy do rzędu najbardziej żywotnych części chirurgii nowoczesnej. Lecz i tutaj mogłem opracować tylko kilka drobnych szczegółów z całego szeregu pytań nierozstrzygniętych. Praca nie jest zakończona. Badania przeprowadzam dalej. Wyniki dotychczasowe są jednak, o ile mi się zdaje, tak bardzo zachęcające do dalszych badań, że pozwalam sobie już obecnie podać je do wiadomości ogółu. interesującego się tą sprawą.

Możność zapobiegania powstania zapalenia paciorkowcowego otrzewnej, a nawet skutecznego leczenia takiego zapalenia u królika przez wczesne stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej pochodzenia innego, niż paciorkowiec, wywołujący zapalenie otrzewnej, nie ulega wątpliwości. Jak się zachowa w warunkach podobnych ustrój ludzki, przesądzać niepodobna; fakty analogiczne z innych dziedzin chorób zakaźnych każą przypuszczać, że i pod tym względem zachowanie się otrzewnej ludzkiej będzie podobne do zachowania się otrzewnej królika i sądzę, że surowica przeciwpaciorkowcowa może ochronić ustrój ludzki od zakażenia paciorkowcami, jeżeli będzie zastrzyknięta zapobiegawczo (prewencyjnie), np. w tych razach, kiedy przy zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej zachodzi możność przedostania się do niej paciorkowców w tej lub innej formie, lub jeżeli będzie stosowana przy porodach w formie szczepień ochronnych.

Analogiczne zjawisko znamy przy wprowadzeniu roztworu soli kuchennej do jamy otrzewnowej królików prewencyjnie przed zakażeniem ich przecinkowcem cholery. Zwykle roztwór ten chroni te zwierzęta od zakażenia.

W moich doświadczeniach bulion posiadał również własności ochronne w razie, jeżeli był zastrzyknięty do otrzewnej przed zakażeniem. Jakie czynniki grają przy tem rolę miarodajną, nie wiem; może zależy to od wytworzenia któregoś z czynników uodporniających, przedewszystkiem miejscowej leukocytozy, zjawiającej się w całej jamie otrzewnej.

Niezmiernej wagi jest fakt, że nie tylko surowica swoista, ale i bulion wyjałowiony — czynnik zupełnie obojętny — a przedewszystkiem nie swoisty, stosowany w formie wyżej opisanego szczepienia ochronnego, zapobiegał na równi z surowicą rozwojowi śmiertelnego zapalenia otrzewnej, zakażonej bardzo złośliwym paciorkowcem.

Do pracy tej zostałem zachęcony przez profesora Kadera, któremu chodziło o rozstrzygnięcie pytania, czy nie możnaby za pomocą środków obojętnych, nie swoistych w pewnych przynajmniej razach zapobiedz rozwojowi zakażenia ustroju zwierzęcego drobnoustrojami, lub nawet wyleczyć już powstałe zakażenia. Wyniki doświadczeń moich dają odpowiedź poniekąd twierdzącą.

Jeżeliby się nam udało wynaleźć środek swoisty lub nie swoisty, o działaniu więcej ogólnem, zapobiegającem rozwojowi w ustroju zwierzęcym nie tylko jednego, ale kilku rodzajów drobnoustrojów gnilnych, tych przynajmniej, z którymi mamy do czynienia w praktyce chirurgicznej, zyskałaby wówczas chirurgia w walce przeciw zakażeniu oręż, działający we wnętrzu ustroju zwierzęcego, w sposób podobny, jak działają nasze przetwory antyseptyczne na zewnątrz organizmu.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Asystent kliniki.

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

Pęknięcia macicy w ciąży należą do zdarzeń bardzo rzadkich: nic też dziwnego, że i przyczyny, jakoteż sposób ich powstawania, nie są do dzisiaj dokładnie znane, mimo

że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa każdy przypadek pęknięcia macicy w ciąży bywa dokładnie opracowany i ogłaszany. Dotychczasowe publikacye nie wyjaśniły przyczyn pęknięcia macicy ciężarnej prawdopodobnie dlatego, że muszą być one rozmaite, a badania histologiczne macicy w tych przypadkach dały albo wyniki zupełnie ujemne, albo też wykazały w różnych przypadkach zmiany różnorodne. Bandl, który zajmował się z wielkim nakładem trudu wogóle przypadkami pęknięcia macicy i wytłómaczył mechanizm powstawania pęknięcia podczas porodu w pracy swej z r. 1875, nie miał sposobności ogłoszenia własnych spostrzeżeń, dotyczących pęknięcia macicy w ciąży, a pracę swą rozpoczyna zdaniem: „Pęknięcia macicy w ciąży muszą należeć do zdarzeń nadzwyczaj rzadkich, gdyż przeważna część położników zna je tylko z piśmiennictwa, a nie z własnego doświadczenia“. Pojedyncze przypadki, jakie Bandl przytacza w swej pracy, podaje z zastrzeżeniem, gdyż nie wie, czy one nie odnoszą się do pęknięcia w ciąży śródściennej. Kazuistykę przypadków rozpoczyna Scott, opisując pęknięcie w VI. m. ciąży; następnie w roku 1872 Churchill opisuje kilka przypadków, zebranych z piśmiennictwa, podobnie tylko opierają się na obcych spostrzeżeniach publikacye Hohla. Z spostrzeżeń własnych ogłosili dopiero przypadki pęknięcia macicy: Mangold w V. mies. ciąży; Mayer w III. mies. ciąży; Cooper również w III. mies. ciąży. Uszkodzenie macicy opisał Geissler: podaje on przypadek zranienia macicy ciężarnej rogiem wołu, Grenzer hakiem od mięsa, Braun nakłóciem wskutek fałszywego rozpoznania torbiela jajnikowego.

Uszkodzenia takie macicy są zupełnie zrozumiałe, podobnie nie ulega żadnej wątpliwości możliwość uszkodzenia macicy przy wywoływaniu poronień zbrodniczych. O wiele trudniejsze do wytłómaczenia co do swej etyologii są pęknięcia macicy, gdzie albo żaden uraz nie miał miejsca, albo też uraz tak zwykły, jak uderzenie w brzuch, spadnięcie z wozu i t. p. Veit w swej pracy zwraca uwagę, że urazy ostatniego rodzaju zupełnie dobrze mogą tłómaczyć przedwczesne odklejanie się łożyska, ale trudno pojąć, jak wskutek takiego nieznacznego urazu może pęknąć macica ciężarna, która zwykle jest przecież plastyczną, a nie napiętą torbą. Veit przypuszcza, że chyba takie urazowe pęknięcia są możliwe, ale tylko w takim razie, gdy uraz zadziała w czasie skurczu macicy; tak też tłómaczy pęknięcie opisane przez Plenio. W dalszym ciągu swej pracy zaznacza, że dla powstania pęknięcia macicy potrzeba koniecznie jakichś warunków nadzwyczajnych, usposabiających macicę do pęknięcia, a za takie uważa przedewszystkiem zmiany w samych mięśniach macicy. Stłuszczenie mięśnia macicy, czynnik często podnoszony w poprzednich publikacyach, zdaniem Veita nie jest dostatecznie udowodniony; natomiast ważnym warunkiem usposabiającym są zmiany sztucznie wytworzone w macicy, a tu zalicza Veit w pierwszym rzędzie blizny w mięśniu po cięciu cesarskiem, czynnik nie rzadki, bo przypadków takich do r. 1888 zebrał Krukenberg 13, wreszcie blizny po wszelkich uszkodzeniach macicy, najczęściej zadane w celach zbrodniczego przerwania ciąży. Jako zupełnie odrębny rodzaj pęknięcia macicy ciężarnej uważa Veit te pęknięcia, które powstają podczas bolów zapowiadających, gdyż mechanizm ich powstawania zupełnie się tak tłómaczy, jak pęknięć podczas porodu. Macica niezmieniona, zdaniem Veita, pęknąć w ciąży nie może, chyba dopiero podczas skurczów, skoro szyja z jakiegokolwiek powodu nie rozwiera się.

Blind zebrał w roku 1893 kazuistykę wszystkich znanych w piśmiennictwie przypadków pęknięcia macicy ciężarnej w liczbie 22, gdzie pomieszcza przypadki Brauna, Sutugina i innych. Na podstawie tej kazuistyki dochodzi do następujących wniosków: 1) pęknięcia zawsze dotyczyły dna macicy; 2) w otoczeniu pęknięcia częstokroć napotykano znaczne ścieńczenie ścian macicy; 3) miejsce pęknięcia często przypada na miejsce łożyskowe; 4) zwłaszcza miejscem usposobionem do pęknięcia jest róg macicy, jeżeli w nim było usadowione łożysko.

Freund nie uznaje dla pęknięć macicy w ciąży żadnego odrębnego mechanizmu i żadnych przyczyn innych, jak dla pęknięć macicy w pierwszym okresie porodu i podporządkowuje je wszystkie do tego działu pęknięć macicy. Frank idzie jeszcze dalej i zaprzecza wprost możliwości pęknięcia macicy ciężarnej. Bidder uważa przewlekłe zmiany zwyrodnienia mięśni macicy za czynnik etyologiczny jej pęknięć w ciąży. Rovsing opisuje swój przypadek, oraz przypadki Plenio, Sławiańskiego i Neugebauera, grupuje je w jedną całość i wbrew zapatrywaniom Veita, na podstawie tych czterech przypadków chce udowodnić możliwość pęknięcia macicy patologicznie niezmienionej, wskutek bezpośrednich i pośrednich urazów. Sänger dzieli pęknięcia macicy w ciąży na pęknięcia urazowe i pęknięcia samoistne Przyczyny pęknięć samoistnych są identyczne w zupełności z niektórymi znanymi czynnikami, uspasabiającymi do pęknięcia macicy podczas porodu tak w pierwszym, jak i w drugim okresie. Pęknięcia macicy w ciąży samoistne dotyczą zawsze dna i rogów macicy. Sänger przytacza przypadek Grundmanna, a w dalszych swych wywodach podaje ogólne przyczyny, uspasabiające do pęknięcia, grupuje je na dwa działy, jako przyczyny nabyte i wrodzone. Usposobienia do pęknięcia macicy nabyte, są następujące: 1) blizny po poprzednich pęknięciach macicy; blizny po przebytych częściowych ograniczonych obumarciach w szyi lub trzonie; 2) blizny po cięciach cesarskich; 3) znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka przy poprzednich porodach; 4) ograniczone ścieńczenie mięśnia macicy, zwłaszcza w dnie, przez ubytek warstwy mięsnej tak, że błona śluzowa tworzy na zewnątrz przepukliny, w szczególności gdy na to miejsce przypadnie usadowienie się łożyska. Takie ograniczone ubytki w mięśniu macicy mogą być albo wrodzone, albo nabyte, często przez niezupełne poprzednie pęknięcie, czy też przez ogniskowe zapalenie mięśnia macicy, czy też wreszcie przez przesunięcie się warstw mięsnych (Bayer) lub ogniskowy zanik mięśnia macicy; 5) nabyty zanik całej macicy przez nadmierne zwinięcie się macicy połogowe, przez zmiany w przydatkach i tkankach otaczających macicę, przez gruźlicę, chorobę Basedowa i morfinizm; 6) zwężenie szyi przez zbliznowacenie; 7) łożysko przodujące.

Tu zalicza w dalszym ciągu przebyte schorzenia ścian macicy i to: 1) zakażenia połogowe przed lub wśród porodu; 2) zakrzepy z następowem zaczopowaniem tętnic; 3) przewlekłe zmiany zapalne mięśnia macicy; 4) gruźlica i rak macicy, możliwie kiła i włókniaki; 5) stłuszczenie i zwyrodnienie szkliste mięśnia macicy.

Warunki wrodzone, usposabiające do pęknięcia, są: 1) ograniczone ścieńczenie ściany macicy: 2) niedorozwój macicy (macica jednorożna, dwurożna); 3) niedokształt części rodnych wrodzony.

Hypes w przypadku pęknięcia macicy przez siebie ogłoszonym, znalazł rozległe stłuszczenie w mięśniu macicy i to uważa za jedyną przyczynę pęknięć macicy. Leopold podaje przypadek urazowego pęknięcia macicy w IV. mies., po którem płód wydostał się przez otwór powstały w macicy do jamy brzusznej i dalej się tutaj rozwijał. Legal opisuje przypadek pęknięcia urazowego, Wayer zaś pęknięcie macicy w bliźnie po cięciu cesarskiem. Jordan podaje przypadek pęknięcia macicy w VI. m. ciąży. Jellinghaus w obszerniejszej monografii o pęknięciu macicy w ciąży stwierdza, że podział pęknięć macicy w ciąży, jak chce Sänger, na urazowe i samoistne, ściśle przeprowadzać się nie da, gdyż przy powstaniu pęknięcia musi zawsze zadziałać jakiś czynnik mechaniczny, który będzie tem mniejszym, im dalej będą posunięte zmiany degeneracyjne w mięśniu macicznym; sprzeciwia się również zdaniu Rovsinga, jakoby znowu sam uraz mógł sprowadzić pęknięcie mięśnia chorobowo nie zmienionego. Szczupła ilość przypadków kazuistycznych, a tem więcej brak dokładnych badań drobnowidowych, nie pozwala, zdaniem Jellinghausa, stworzyć podziału pęknięć macicy według wywołujących je czynników, nawet przy uwzględnieniu szerokiej tabeli Sängera przyczyn uspasabiających do pęknięcia macicy.

W przypadku Jellinghausa, gdzie nastąpiło pęknięcie macicy w IV. mies. u kobiety, u której kilkakrotnie po poprzednich porodach musiano wyjmować ręcznie silnie przyrośnięte łożysko, podnosi autor, jako czynnik przyczynowy, ścieńczenie ścian macicy wskutek siedmiokrotnego odklejania ręcznego łożyska, gdyż w samem utkaniu mięśnia macicznego prócz rozrostu tkanki łącznej nie znalazł ani stłuszczenia, ani zwyrodnienia szklistego. Na podstawie swej obserwacyi twierdzi Jellinghausen, że przy ścieńczeniach znacznych ściany macicy, a zwłaszcza przy obecności blizn w ścianach macicy po pęknięciach niezupełnych, wystarczy do powstania pęknięcia zadziałanie już bardzo nieznacznego urazu, jaki przedstawia użycie tłoczni brzusznej przy wymiotach lub wypróżnieniu. Pęknięcia po urazie dają czasami dopiero objawy kliniczne po upływie kilku, kilkunastu godzin, a nawet kilku dni. To późne wystąpienie objawów pęknięcia skłonny jest Jellinghaus tłómaczyć w ten sposób, że uraz sprowadza pęknięcie niezupełne, które dopiero przy wystąpieniu kurczów macicznych, lub też zadziałania bardzo nieznacznego urazu wtórnego, zamieniają się na pęknięcia zupełne.

Pęknięcia macicy we wczesnych miesiącach ciąży najczęściej mają swe źródło w uszkodzeniach macicy przez narzędzie, wprowadzone do macicy w celu wywołania zbrodniczego poronienia, na co zwracają uwagę lekarze sądowi, jak Coutagne, Lesser, a zdaniem ich, jakoteż zdaniem Hoffmanna i Lacassagna już samo wstrzykiwanie płynów drażniących do macicy ciężarnej, prowadzące do zmian zapalnych, połączonych z rozmiękczeniem ścian macicy, może przy bólach porodowych sprowadzać jej pęknięcia. Przedziurawienia macicy przy wywoływaniu sztucznych poronień przydarzają się wprawdzie najczęściej w szyi, jednakowoż niezbyt rzadko stwierdzono je i w trzonie lub dnie macicy.

Orthmann badał mikroskopowo mięsień macicy pękniętej w ciąży, stłuszczenia w nim nie znalazł; natomiast stwierdził wśród mięśnia macicznego obfity naciek drobnokomórkowy, zwykle tak ściśle odgraniczony, że raczej odpowiadał naczyniom chłonnym, silnie ciałkami białemi nadzianym; prócz tego znalazł w mięśniu liczne wynaczynionki. Podobne zmiany w mięśniu napotkał w swych badaniach drobnowidowych Koblanck. Zmiany te uważa Orthmann za objaw zapalenia świeżego, jakkolwiek w preparatach nigdzie drobnoustrojów nie napotkał.

Crossen w przypadku pęknięcia macicy ciężarnej z powodu upadku znalazł w mięśniu macicy rozległe stłuszczenie mięśnia i miażdżycę tętnic; objawy te skłonny jest odnieść do zakażenia kiłowege. Poroschin w publikacyi swej podnosi, że ujemne badania w kierunku zmian w pękniętej macicy ciężarnej, podnoszone w poprzednich publikacyach, należy odnieść do niedokładności badań, gdyż nikt dotychczas nie stwierdzał zachowania się włókien elastycznych w takiej macicy. Dawidoff wykazał, że macica ciężarna posiada całą sieć włókien elastycznych tak w swym trzonie, jako też i w dnie macicy, i że włókna elastyczne w macicy ciężarnej i połogowej są nawet grubsze, niż w macicy nieciężarnej; natomiast w naczyniach dna i trzonu macicy ciężarnej napotkał Dawidoff niezmiernie mało tkanki elastycznej. Obraz włókien elastycznych w macicy połogowej pękniętej się zmienia, a najważniejsze zmiany zaznaczają się odmiennem barwieniem się orceiną; zamiast błękitnawo-różowo, barwią się one ciemnoczerwono, a w przebiegu ich napotyka się na guzowate i wrzecionowate zgrubienia. Poroschin w obrazach histologicznych pękniętej macicy ciężarnej swojego przypadku nie znalazł zwyrodnienia tłuszczowego, skrobiowatego ani też szklistego; nie znalazł zmian w budowie mięśnia macicznego, natomiast stwierdził prawie zupełny brak włókien elastycznych w dnie i trzonie macicy, a znaczne zmniejszenie się ich w ścianach naczyń. Ten brak tkanki elastycznej przyczynia się zdaniem Poroschina do pęknięcia samoistnego macicy, a sprowadza go podeszły wiek ciężarnych i często przebyte ciąże. Earle podaje przypadek pęknięcia macicy w VII. mies. ciąży, wywołanego najprawdopodobniej przez mięsienie zewnętrzne macicy. Hübl opisuje przypadek pęknięcia macicy w dolnym jej odcinku przy wywoływaniu przedwczesnego porodu. Mercier zestawił 28 przypadków pęknięcia macicy dobrowolnego w ciąży i na ich podstawie stwierdza, że 1) pęknięcia najczęściej usadowione bywają w dnie macicy na wysokości przyczepu trąbek; 2) pęknięcia przebiegają zwykle prostolinijnie, rzadko łukowato; 3) pęknięcia zawsze są zupełne, a brzegi ich postrzępione i częstokroć bardzo cienkie; 4) najczęściej pęknięcia przechodzą przez miejsce łożyskowe; 5) najczęstszym czynnikiem uspasabiającym do pęknięcia jest ciąża trąbkowo maciczna. Roob spostrzegał przypadek pęknięcia macicy w IV. mies. ciąży po urazie, gdzie płód przez otwór pęknięcia dostał się do jamy brzusznej i tam rozwijał się aż prawie do końca trwania ciąży. Traub przytacza przypadek pęknięcia macicy w ciąży, gdzie w wywiadach chora podawała za przyczynę upadek, gdy tymczasem blizna na skórze główki wykazała, że były tu próby wywołania poronienia przed kilku tygodniami, które na dwa dni przed zgłoszeniem się chorej powtórzono. Alexandroff zestawił z piśmiennictwa zaledwie

18 przypadków niewątpliwych pęknięcia macicy w ciąży; do nich dodaje opis swego przypadku, który badał dokładnie, chcąc dociec powodu jego powstania, gdyż żadna z przyczyn usposabiających do pęknięcia, a podnoszonych w poprzednio przytoczonem piśmiennictwie, nie wydaje mu się udowodnioną, a sam czynnik mechaniczny nie wystarcza do powstania pęknięcia samoistnego macicy. W przypadku Alexandroffa nastąpiło pęknięcie macicy u wieloródki, która przy poprzednich porodach nie przebyła żadnych operacyj, a w chwili pęknięcia macicy była w ostatnim miesiącu ciąży; pęknięcie nastąpiło zupełnie samoistnie bez jakiejkolwiek przyczyny mechanicznej przed rozpoczęciem się bólów porodowych. Przy operacyi znaleziono pęknięcie o brzegach cienkich, wywiniętych na zewnątrz, jakby klapy surduta, przebiegające przez przednią ścianę macicy od jej rogu lewego, mniej więcej w miejscu łożyskowem. Badanie histologiczne w macicy nie wykazało ani zwyrodnienia tłuszczowego, ani szklistego, a tylko brzegi pęknięcia macicy gorzej w swych tkankach się barwiły, aniżeli skrawki z reszty miąższu macicy, co Alexandroff odnosi do powierzchownego obumierania brzegów postrzępionych. Zmian wybitnych co do przebiegu włókien elastycznych w preparatach dostrzedz nie było można. Wobec tak ujemnego wyniku badania szukał Alexandroff za inną przyczyną i stwierdził ją, gdyż dostrzegł w miejscu pęknięcia zanik doczesnej opóźnionej *(decidua serotina)*, wrastanie i nadmierne bujanie kosmków wśród utkania mięśni, jakoteż przerost tkanki łącznej w tych miejscach. Przerost tkanki łącznej sprawia zanik mięśni, a przez to osłabia ich energię życiową; w tem miejscu przychodzi do zaniku doczesnej, a w następstwie do bujania kosmków w warstwę mięśną, sprowadzającego przyrośnięcie łożyska. Przez te wszystkie zmiany następuje takie ścieńczenie i osłabienie miejscowe ścian macicy, że ona staje się łatwiej podatną dla zadziałania skurczów macicy, aniżeli sztywne utkanie szyi.

Na podstawie wyników swego badania wypowiada Alexandroff następujące twierdzenia: 1) przyrośnięcie łożyska przyczynia się do powstania pęknięć macicy w ciąży; 2) bujanie tkanki łącznej w ścianach macicy sprowadza przyrośnięcie łożyska; 3) przed przyrośnięciem łożyska chroni ścianę macicy doczesna, której uszkodzenie stwarza miejsce mniejszej odporności; 4) znaczenie włókien elastycznych w mechanizmie powstawania pęknięć macicy zdaje się być bardzo wątpliwem: 5) każde przy poprzednich porodach stwierdzone przyrośnięcie łożyska każe czuwać nad macicą tak w ciąży, jak i w początkach porodu; 6) najważniejsze jest badanie brzegów pęknięcia w celu stwierdzenia jego przyczyny. W. A. Freund podaje przypadek pęknięcia dna macicy w VI. miesiącu ciąży, gdzie za przyczynę tego schorzenia uważa wadliwą wrodzoną budowę macicy w kształcie macicy siodełkowatej, w której dnie rozwijał się płód, gdzie rozwijało się też łożysko, jak to właśnie często przy tego rodzaju wadach utworowych się przydarza. W wywodach swych, na podstawie badań drobnowidowych, zgadza się Freund w zupełności z Alexandroffem, co ma tem jeszcze donioślejsze znaczenie, że pracę swą przygotowywał równocześnie z nim i zupełnie od niego niezależnie. Herzfeld podaje przypadek pęknięcia macicy w V. miesiącu ciąży u kobiety, która była siódmy raz w ciąży; wszystkie poprzednie porody odbyła siłami natury; pęknięcie to nastąpiło samoistnie, gdyż trudno za czynnik etyologiczny jedyny uważać trzymanie chociażby ciężkiego dywanu za jeden koniec podczas jego trzepania, jak było w tym przypadku. Natomiast zbadanie dokładne otrzymanego przy operacyi preparatu macicy wykazało zaraz przyczynę. Tu na przedniej ścianie, zrośniętej z siecią, znaleziono w mięśniu macicy starą bliznę. Wywiady uzupełnione w tym kierunku wykazały, że chora na 3 lata przed pęknięciem macicy przebyła zaraz po porodzie skrobankę, rzekomo z powodu krwotoku z niedowładu i wtedy zapewne lekarz operujący przebił narzędziem macicę, a przez to stworzył warunki do pęknięcia macicy podczas następnej ciąży. Murray opisuje przypadek pęknięcia macicy, gdzie nie znalazł żadnych przyczyn uspasabiających do pęknięcia; brak jednak w tym przypadku badań histologicznych. Franqué w rozprawie ogólnej o pęknięciach macicy podnosi jako czynniki usposabiające macicę do pęknięcia w ciąży — nadmierne wrastanie kosmków w mięsień macicy, usadowienie łożyska w rogu macicy, wreszcie zniekształtnienie i wady rozwojowe macicy.

Pęknięć macicy w ciąży, ogłoszonych w piśmiennictwie, jest przeto około 40 przypadków; liczba bardzo nieznaczna i, jak z powyższego zestawienia widać, nadzwyczaj różnorodna co do etyologii powstania. Ten punkt najciemniejszy w danem schorzeniu doczekał się bardzo licznych wyjaśnień, ale w każdym razie wszystkie te tłómaczenia pozwalają tylko na jeden wniosek, że rozmaite schorzenia miąższu macicy mogą sprowadzić pęknięcie macicy w ciąży. Można też przypuszczać, że częstokroć nie jeden jakiś czynnik, łatwo uchwytny bądź przez spostrzeganie kliniczne, bądź też przez badanie histologiczne, ale szereg równocześnie działających może sprowadzić to rzadkie powikłanie ciąży. Zupełnie nie miał racyi Poroschin, skoro potępił wszystkich poprzedników swoich, badających i szukających czynnika etyologicznego; zarzucił im niedokładność badania, podając za wyłączny i jedyny punkt etyologiczny zmiany w zachowaniu się włókien elastycznych, których rola w mechanizmie macicy nie jest i tak dokładnie znaną i której on również nie starał się wyjaśnić.

Wszystkie dotychczas opisane pęknięcia macicy w ciąży podzieliłbym nie jak Sänger na urazowe i samoistne, ale raczej na pęknięcia o jasnej i niewiadomej etyologii. Czysto urazowych pęknięć, z wyłączeniem uszkodzeń macicy ciężarnej, z pewnością niema, z tych powodów, jakie już podnosił w swej pracy Veit, a powtóre dlatego, że urazy w brzuch i to znaczne przydarzają się u ciężarnych często, a pęknięcia macicy w ciąży zdarzają się bardzo rzadko. Tak samo pojęcie samoistnego pęknięcia nie jest ścisłem, gdyż w każdym dotychczas ogłoszonym przypadku dadzą się wykazać jakieś czynniki usposabiające do pęknięcia, mniej lub więcej jasne.

Podział przezemnie proponowany rozumiem tak, że za przyczyny pęknięcia jasne uważam: 1) wszelkie wrodzone wady utworowe; 2) wszelkiego rodzaju blizny macicy; wreszcie 3) wszelkie uszkodzenia macicy — i taką etyologię ma 60% ogłoszonych przypadków. Reszta zaś znanych przypadków ma etyologię ciemną o tyle, że nie powodują tu pęknięcia macicy jakieś łatwo uchwytne czynniki, nie jedne i te same zmiany chorobowe, lecz różne, działające najczęściej wspólnie. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Soury: **O ameboizmie komórek nerwowych.** *(La Presse médicale Nr. 47, 1901).*

Przeciwko teoryi ameboizmu komórek nerwowych, obfitującej w liczne błędy, powstawał Soury od samego początku. Uczeni belgijscy i francuzcy, którzy mieli odwagę wprowadzić do wyższego nauczania medycyny i psychologii poglądy, które wraz z von Lenhossekiem, Ramon y Cajalem, Köllikerem, van Gehuchtenem, Lugarem i wielu innymi histologami uważał Soury za czysty wytwór spekulacyi i za nieuzasadnioną mrzonkę, są tem mniej usprawiedliwieni, że osobiście nie dostarczyli żadnych dowodów na poparcie tej hipotezy. Kölliker zwłaszcza oświadczył bez zastrzeżeń, że wszystkie dowody, przytaczane dla poparcia teoryi ameboizmu komórek nerwowych, nie mają w rzeczywistości żadnej podstawy.

Prace, wykonane w brukselskim Instytucie Solvaya zaczęły przybierać od pewnego czasu kierunek coraz ściślej naukowy, a zwłaszcza dwie ostatnie rozprawy Dra Michaliny Stefanowskiej 1) *„O lokalizacyi uszkodzeń wywołanych eterem“* w mózgu małych ssawców i 2) *„O sposobie powstawania różańcowych zgrubień na przedłużeniach komórek nerwowych“*, stanowią piękny przykład zastosowania iście doświadczalnej metody[1])

Dopiero po starannem zbadaniu wszystkich okolic kory mózgowej, zacząwszy od zakrętów *(gyri)* czołowych, a skończywszy na potylicowych, dzięki seryi skrawków, zdołała autorka wywnioskować, że uszkodzenia, wywołane wdychaniem eteru, nie mają bynajmniej cechy rozsianej, lecz że przeciwnie umiejscowione są w pewnej liczbie ognisk i w niektórych tylko płatach z wyłączeniem innych i że przeważają w pewnych warstwach kory mózgowej. I tak najbardziej charakterystyczne uszkodzenia, wywołane głęboką i długą narkozą eterową, wykryte zostały u białej myszy w płacie węchowym, w dolnej części płatu obrąbkowego i w mniejszym stopniu w płacie skroniowym. Jednakże obok ognisk uszkodzonych znajdowały się liczne miejsca, które zachowały wejrzenie prawidłowe; dendryty komórek nerwowych owych okolic okryte były gruszkowatymi wyrostkami, jak to bywa w stanie prawidłowym i nie nosiły bynajmniej zgrubień różańcowych, czyli perełkowatych. Przeciwnie, przedłużenia neuronów w okolicach uszkodzonych eterem pozbawione były całkiem wyrostków gruszkowatych i przedstawiały wejrzenie perełkowate[2]). Poszukiwania autorki nie ograniczyły się do studyów anatomo-patologicznych nad korą mózgową. Zbadanie szeregu cięć całego mózgu wzniosło podwaliny dla przyszłych, obszerniejszych jeszcze badań.

Zmieniając warunki narkozy w rozmaitych stopniach natężenia i czasu trwania, autorka spostrzegła, że znikanie wyrostków gruszkowatych, oraz pojawienie się perełkowatego wejrzenia na przedłużeniach dendrytów nie są zjawiskami, zwiastującemi niechybną śmierć neuronu: jeśli warunki trwania i natężenia zatrucia eterem nie przekraczają pewnej granicy, zwierzę może być zachowane przy życiu, a po niejakim czasie można stwierdzić powolne zniknięcie uszkodzeń mózgowych. Niezależnie od czynnika, użytego przez badacza do wywołania zaburzeń w życiu prawidłowem neuronów (eter, gaz świetlny, elektryczność i t. d.), stan perełkowaty, będący wynikiem rozstroju w odżywianiu się komórki nerwowej, może z biegiem czasu uledz polepszeniu: jestto stan patologiczny.

Zapatrywanie tych uczonych, którzy w stanie perełkowatym dendrytów upatrywali stan fizyologiczny, spotkało się z silnym protestem ze strony Michaliny Stefanowskiej. Kładziemy nacisk na ten punkt ważny ze stanowiska faktycznego i teoretycznego, albowiem wiadomo, że doświadczenia Stefanowskiej posłużyły właśnie do zbudowania teoryi ameboizmu nerwowego, oraz teoryi histologicznej snu Mathias-Duvala, a nawet teoryi znieczulenia i histerycznego porażenia profesora Lépinea z Lugdunu[3]).

Hipoteza Rabl-Rückharda o ameboizmie komórek nerwowych, podana w celu wyjaśnienia zjawisk psychicznych, nie opierała się zgoła na obserwacyi. Sądzę, pisał ten badacz[4]), że wzajemny stosunek komórek mózgowych staje się o wiele zrozumialszym, jeśli przyjąć, że delikatna siatka „neurospongium“ ożywiona jest ruchem podczas czynności funkcyonalnej mózgu; słowem, jeśli przypuścić, że „przedłużenia protoplazmatyczne komórek nerwowych, wytwarzające ową siatkę, obdarzone są ruchem ameboidalnym“. Uczony ten przedstawiał sobie istotę mechanizmu inteligencyi w następujący sposób: przerwanie się połączeń między dwoma gałązkami, wchodzącemi w skład nerwowej siatki, odpowiada „przerwaniu się nici naszych myśli“; kojarzenie myśli natomiast wywołane jest połączeniem kilku komórek nerwowych za pomocą ich przedłużeń, obdarzonych ruchem ameboidalnym. Zwolnienie psychicznej czynności wywołane być miało osłabieniem ruchów owych przedłużeń. Już Rabl-Rückhard usiłował wyjaśnić na zasadzie swej hipotezy wiele zjawisk psychicznych prawidłowych i patologicznych, jak n. p.: sen, śnicie, hipnotyzm, i t. d.; poczytywał on te zjawiska za wynik częściowego porażenia ruchów przedłużeń protoplazmatycznych komórek nerwowych. W gruncie rzeczy jednak, przyznaje Rabl-Rückhard, nic zgoła wiadomem nie było o tych ruchach; wszelako nie wydawały się one nieprawdopodobnymi.

Przeciwko hipotezie Rabl-Rückharda wystąpili prawie jednocześnie von Lenhossek, Kölliker i Ramon y Cajal wykazując, że powolność rozwoju przedłużeń protoplazmatycznych komórek mózgu i móżdżku sprzeciwia się ameboizmowi przedłużeń. Co prawda, na korzyść teoryi ameboizmu można było przytoczyć spostrzeżenie Wiedersheima *(Anat. Anz.* grudzień, 1890) odnośnie do ruchów ameboidalnych rzekomych komórek nerwowych mózgu skorupiaka *leptodora hyalina.* Ale od tej pory istota nerwowa owych ruchliwych pierwiastków podaną ostała w wątpliwość przez samegoż Wiedersheima.

Dziwną się wydaje doprawdy niewiadomość, w jakiej dobrowolnie pozostają zwolennicy teoryi ameboizmu nerwowego odnośnie do ogłaszanych prac oryginalnych obozu przeciwnego. Albowiem, jeśliby dowiedzionem zostało, że pewne stany świadomości, jak n. p. kojarzenie myśli, impulsy dowolne, sen i jawa, i t. d., wywołane być mogą czasowemi zmianami w zetknięciu się przedłużeń komórek nerwowych, lub też zmianami w ugrupowaniu owych pierwiastków histologicznych, wówczas bylibyśmy w posiadaniu fizycznej podstawy zjawisk psychicznych. Gdyby istotnie ruchy ameboidalne miały się odbywać na przedłużeniach neuronów, wówczas w bezpośredni sposób możnaby uchwycić obraz przedmiotowy procesów inteligencyi. Tak jednak nie jest. Jeden z najznakomitszych histologów współczesnych, Kölliker, dowodzi, że niema ani jednego faktu, któryby przemawiał za ameboizmem komórek nerwowych.

Przeciwnie, istnieją fakty, które sprzeciwiają się teoryi ameboizmu. Są one następujące:

I. Wyrostki osiowe bezwarunkowo nie są obdarzone kurczliwością, gdyż żadne bodźce, ani elektryczne, ani mechaniczne, nie wywołały nigdy kurczenia się nerwów.

[1]) Institut physiologique Solvay: Travaux de laboratoire. Tomy I, II, III i IV. w której mieszczą się prace Dr. Stefanowskiej. (Bruksela).

[2]) Nazwę »wyrostków gruszkowatych« *(appendices piriformes)* nadała Stefanowska drobnym ciałkom któremi obsypane są rozgałęzienia komórek nerwowych. Od czasu badań polskiej uczonej ciałka te uznane zostały jako istotne zakończenia neuronów, służące do zetknięcia między neuronami. »Stan perełkowaty« (zgrubienia różańcowe) jest początkiem zwyrodnienia neuronów. (Przyp. Ilóm.).

[3]) M. Duval. Hypothéses sur la physiologie des centres nerveux; théorie histologique du sommeil (Societé de Biologie, 1895) i tamże Lépine, 1894.

[4]) Rabl-Rückhard. Sind die Ganglienzellen amöboid? (Neurol. Centralbl. 1890).

II Nie zdołano nigdy dostrzedz najmniejszego ruchu zakończeń nerwowych w częściach przezroczystych żywych zwierząt (larwy płazów, zakończenia nerwowe w głowie „amphioxusa“).

III. Układ histologiczny wyrostków osiowych, które, jak wiadomo, nie są złożone z protoplazmy o miękkim układzie, lecz mają istotę zbitą i włóknistą, sprzeciwia się również ameboizmowi nerwowemu.

Wreszcie, dowodzi Kölliker, gdyby zakończenia neurodendronów obdarzone były ruchem ameboidalnym, ruchy owe miałyby się odbywać ustawicznie, podobnie jak u leukocytów, przez całe życie i pod wpływem wszystkich warunków życiowych. Gdyby coś podobnego miało się odbywać w mózgu, jak objaśnić jakąkolwiek ciągłość w procesach psychicznych? Czy myśl mogłaby się zatrzymać przez dłuższy czas na jednym przedmiocie? Czy możnaby odbyć jakąkolwiek umysłową pracę lub wygłosić mowę, wymagającą skupienia myśli i zastanowienia? Wszystkie nasze wiadomości o układzie nerwowym przemawiają za tem, że przedłużenia komórek odbywają swą czynność bez przemiany kształtu, lecz na zasadzie drgań międzycząsteczkowych i procesów chemicznych.

Dodajmy wszakże, że fizyologiczna plastyczność neuronów nie jest tem samem, czem ruchy ameboidalne. Z tego stanowiska uznaje Kölliker za godną uwagi hipotezę Ramon y Cajala, że ćwiczenie inteligencyi może wytworzyć, nawet u dorosłych, nowe zetknięcia między neuronami. Być może, że w tych warunkach zakończenia neurodendronów wydłużają się stopniowo i zachowują nadal wydłużone kształty. Jeśli wziąść pod rozwagę, że neurodendrony wraz ze swymi dendrytami i aksonami podlegają oczywiście powolnemu i ciągłemu rozwojowi, nawet w okresie pozapłodowym (postembryonalnym), oraz że rozwój pierwiastków nerwowych, ich stopień anatomicznego zróżniczkowania, znajdują się niewątpliwie w prostym stosunku do umysłowego rozwoju danego osobnika, wówczas oczywistem wydać się musi, że dalszy rozwój neuronów, nawet u dorosłych, odbywać się powinien w sposób wyżej wskazany. Byłby to istotnie przykład organicznej plastyczności neuronu, która zresztą przechodzi potem przez okres przeobrażenia wstecznego, spostrzeganego nietylko w starości, lecz i w rozmaitych chorobach umysłowych.

Histologiczna hipoteza Tanziego i Lugaro o układzie i czynnościach psychicznych narządów telencefalu u wyższych kręgowców natchnioną została poglądami, które Ramon y Cajal wygłosił jeszcze w r. 1893. Można przypuścić, że w wieku dorosłym nieustanne ćwiczenie inteligencyi wpływa na wzrost przedłużeń komórek nerwowych, wytwarzając nowe zetknięcia między neuronami (po upłynięciu okresu płodowego komórki nerwowe przestają się mnożyć). A chociaż Cajal przyznaje, że „architektura“ ośrodków czynnościowych kory mózgowej nie jest niezmienną i że, być może, istnieje jakiś czynnik histologiczny zmienny, któremu przypisać można nieskończenie wielkie różnice w pracy psychicznej, jakie spostrzegać się dają, pomimo to znakomity hiszpański histolog przeciwstawia następujące fakty hipotezie ameboizmu komórek nerwowych:

1. Rozgałęzienia zarówno nerwowe, jak protoplazmatyczne móżdżku, płata węchowego, jąder słuchowych ośrodkowych, wzgórków optycznych i t. d., posiadają niezmiennie tę samą długość, jednaki kształt, wykazują jednaki stopień zbliżenia się między ciałami komórkowemi, niezależnie od rodzaju śmierci zwierzęcia (chloroform, krwotok, zatrucie kurarą, strychniną i t. d.);

2. Zakończenia nerwowe w siatkówce i w płacie wzrokowym u płazów i gadów wykazują zawsze jednakie wejrzenie, niezależnie od tego, czy narządy znajdowały się w stanie spoczynku w chwili śmierci (zwierzęta zabite po długiem przebywaniu w ciemnościach), czy też ulegały działaniu bodźców (zwierzęta wystawione przez kilka godzin na słońcu),

Nawet w najdalej posuniętych uszkodzeniach zakończeń nerwowych, wywoływanych natężonem i długotrwałem działaniem eteru, nie można dostrzedz według doświadczeń Michaliny Stefanowskiej ani śladu skurczenia lub skrócenia dendrytów u zwierząt ssących, jak to bezpodstawnie twierdziła teorya ameboizmu nerwowego, oparta wyłącznie na spekulacyach Rabl-Rückharda i na obserwacyach Wiedersheima, uznanych za błędne przez samego autora. Z prac Stefanowskiej przytacza Soury następną stronicę odnośnie do owej sławnej teoryi histologicznej snu:

„Mathias Duval i Manouelian zapatrują się na stan perełkowaty, jako na niezbity dowód istnienia ruchów ameboidalnych w komórkach nerwowych. Wnioski, jakie wyciągnęłam z mych własnych doświadczeń, są całkiem odmienne. Uznaję, że perły nie są niczem innem, tylko kropelkami płynu, powstałemi z rozkładu ciał białkowatych.

Prócz tego pomimo usilnych badań nie zdołałam nigdy dostrzedz skurczenia się lub skrócenia dendrytów. Spostrzegłam jedynie skrócenie się wyrostków gruszkowatych pod wpływem silnych wstrząśnień, pod działaniem elektryzacyi mózgu i głęboko posuniętej narkozy, którą uważać możemy za rodzaj zatrucia. Innemi słowy: zniknięcie wyrostków gruszkowatych bywało zawsze wynikiem przyczyn nienormalnych“.

„Przeciwnie, u zwierzęcia głęboko uśpionego po nużącym marszu znalazłam korę mózgową całkiem prawidłową, nie różniącą się w niczem od kory zwierząt zdrowych i przebudzonych[5]), czyli całkiem wolną od pereł i posiadającą niezliczoną ilość wyrostków gruszkowatych“.

„Zauważyłam również, że nadzwyczaj lekka eteryzacya nie wywołuje wybitnych zmian w korze mózgowej. Aby wywołać w mózgu stan perełkowaty, zmuszona zawsze byłam uciekać się do środków gwałtownych.... Dla tych przyczyn nie mogę podzielać zapatrywań J. Demoora i Renauta, którzy przypisują wytworzenie się pereł fizyologicznemu, prawidłowemu odczynowi protoplazmy komórek nerwowych“.

Inny badacz, M. E. Ziegler, profesor z Jeny, ogłosił w pracach instytutu Solvaya doniesienie p. t. *„La base cytologique de l'instinct et de la mémoire“*, w którym energicznie powstaje przeciwko teoryi ameboizmu nerwowego. W następujący sposób omawia on sprawę plastyczności neuronów: „Bądźmy ostrożni w przypisywaniu neuronom zbyt daleko posuniętej plastyczności. W stanie prawidłowym plastyczność neuronów jest wielce ograniczona. W pierwszej części naszej pracy wygłosiliśmy teoryę, według której podstawę cytologiczną pamięci upatrujemy we wzajemnym stosunku anatomicznym rozgałęzień komórek nerwowych. Skrócenie się rozgałęzień wywołuje zanik pamięci, a nawet zniknięcie wszelkiej umysłowej indywidualności. Sądzimy wszelako, iż podobne zjawisko nie może się odbywać, dopóki komórka nerwowa znajduje się w stanie prawidłowym; dla tych przyczyn nie możemy podzielać zapatrywań Mathias Duvala, jakoby rozgałęzienia miały się skracać podczas snu. Niemożliwem się wydaje, aby nagle przy przebudzeniu wszystkie rozgałęzienia miały odzyskać swe dawne położenie. Sądzę, że skrócenie się rozgałęzień odbyć się może tylko w takich przypadkach, w których istotnie następuje utrata pamięci, jak n. p. w niektórych chorobach. Choroby mózgu dostarczyły dowodu, że istnieje zależność między skróceniem się rozgałęzień nerwowych a rozchwianiem się kojarzeń, czyli utratą pamięci“.

Chlubną wzmiankę za przykładem Stefanowskiej poświęca Soury pięknym pracom francuskich autorów Klippela i Azoulaya nad histologicznemi uszkodzeniami porażenia postępującego[6]). Dzięki metodzie Golgie-

[5] M. Stefanowska: Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue *(Journal de neurologie, 1900, 20 mai)*.

go, autorowie ci zdołali wykryć zniekształcenia i zwyrodnienia rozgałęzień protoplazmatycznych wielkich komórek piramidalnych. Nowe poszukiwania nad uszkodzeniami układu nerwowego w porażeniu ogólnem i w wiądzie rdzenia pozwalają nam rozszerzyć zakres uszkodzeń do całego układu nerwowego ośrodkowego. Otóż zjawisko, jakie przedewszystkiem uderza u człowieka z porażeniem ogólnem, polega na powolnym i stopniowym zaniku inteligencyi. Zaburzenia natury psychicznej pozostają niewątpliwie w związku z uszkodzeniami histologicznemi układu nerwowego. Mamy więc prawo wyrzec wraz ze wzmiankowanymi autorami, że zanik pamięci i wszelkich wspomnień, utrata stanów świadomości i rozchwianie się indywidualności umysłowej i moralnej, a nawet, utrata pierwiastkowych instynktów i odruchów najlepiej uorganizowanych, wywołane są zwyrodnieniem i zanikiem obumarłych protoplazmatycznych rozgałęzień komórek nerwowych.

Sen życia dobiega do końca i tym razem warunki snu bez przebudzenia i bez marzeń wywołane są brakiem zetknięcia między obumarlemi rozgałęzieniami neuronów. Cząsteczki neuronów tkniętych nekrobiozą powracają do pierwiastków wody, ziemi i powietrza. Dramat ten, odbywający się w porażeniu postępującem, nawiedza najczęściej ludzi w sile wieku, nieraz w pełni geniuszu artystę lub uczonego Jestto wszelako tragiczny epizod, wspólny naszemu powszechnemu losowi. A chociaż umieramy zazwyczaj później, a rozkład naszego psychicznego „ja“ nie jest wynikiem zaburzeń porażenia postępującego, pomimo to osłabienie i zacieranie się stopniowe wspomnień, a nieraz obłęd starczy, zniewalają nas powoli do zakosztowania ciszy i spokoju przy zbliżającym się wieczorze życia. *Dr. Józefa Joteyko* (Bruksela).

[6]) Archives de Neurologie, 1894. XXVIII.

IV. Wyciągi.

Leube. **O białkomoczu fizyologicznym.** (*Therapie der Gegenwart*, 1902, Z. 10). Nauka o białkomoczu, jako znamiennej cesze zapalenia nerek, doznała z biegiem czasu pewnego ograniczenia, gdyż się pokazało, że białkomocz może wystąpić z powodu zaburzeń krwiobiegu w nerkach, spowodowanych wadami serca, błednicą, a nawet wydarzyć się może u ludzi zupełnie zdrowych. Dla rozstrzygnięcia właśnie tej sprawy, czy w moczu osób zdrowych białko się znachodzić może, badał Leube już w roku 1877 mocz 119 żołnierzy i stwierdził, że u 4% badanych, a po natężeniach lub ćwiczeniach u 16% wystąpił białkomocz. Objaw ten, potwierdzony przez wielu późniejszych badaczy, nasuwał mimowoli pytanie, czy ludzie obarczeni tem zaburzeniem są zdatni do wojska, czy mogą wstąpić w związki małżeńskie, lub być przyjęci do towarzystw ubezpieczeń na życie. Wyłączając przypadki, w których białkomocz stanowi resztki ostrego zapalenia nerek, lub objaw powoli rozpoczynającej się marskości nerek i innych podobnych przyczyn, autor nazwał białkomocz, występujący u zdrowych osobników, „fizyologicznym“. Co do rodzaju białka, to w późniejszych swoich doświadczeniach wykazał L. białko surowicze, nukleoalbuminę i globulinę, a mianowicie po mniejszych natężeniach wystąpiła nukleoalbumina i dopiero po większych wysiłkach serumalbumina, a przy bardzo ścisłych badaniach wogóle mocz prawie każdego człowieka zawierał białko, co potwierdzili później i inni.

Jak to udowodnił szereg autorów, pionowe ustawienie ciała ma być jedną z przyczyn białkomoczu fizyologicznego i ztąd nazwa *albuminuria postural*, pomimo że pionowe siedzenie nawet godzinami nie przyczynia się wcale do wydzielania białka. Zdaje się, że drugi czynnik wchodzi tu w rachubę, to jest praca mięśniowa przy staniu, pomimo że białkomocz podczas marszów i długiego chodzenia mniej często występuje i są nawet przypadki, w których już po wstaniu z łóżka białko występuje, co można tem tłómaczyć, że rozdział krwi następuje na korzyść czynnych mięśni i ta względna niedokrewność wewnętrznych części, a zatem i nerek, wystarcza u osobników usposobionych do wydzielania białka. Nie da zaprzeczyć się również wpływ nerwowy. Na drodze odruchowej mogą kąpiele zimne spowodować białkomocz, podczas gdy kąpiele gorące zupełnie przerywają wydzielanie białka na przeciąg pół godziny. Spór, czy odżywienie ma ujemny wpływ na wydzielanie białka, rozstrzygnął Edel spostrzeżeniem, że jego chory po całodziennym poście najwięcej białka wydzielił. Według zdania Leubego najprawdopodobniej odgrywa tu główną rolę wrodzona większa przepuszczalność u niektórych osobników błony kłębuszków i pod tym względem przyjmuje on trzy następujące kategorye ludzi: 1) osobniki zdrowe z bezwzględnie rzadkim sączkiem (filtrem) nerkowym, którzy wydzielają białko bez żadnych przyczyn; 2) osobniki zdrowe z sączkiem względnie rzadkim, którzy wydzielają białko, skoro tylko nie są w łóżku i 3) osobniki z względnie bardzo gęstym sączkiem. Z tego punktu widzenia łatwo można pojąć, dlaczego nie możemy nieraz wykazać białka w moczu niektórych osobników, obarczonych niedomogą serca, albo zaburzeniami w krążeniu.

Dla stanowczego rozpoznania białkomoczu fizyologicznego musimy wykluczyć: 1) przypadki ustępującego zapalenia nerek, gdzie mocz podczas pobytu w łóżku już nie zawiera białka; 2) przypadki początkowego zapalenia nerek, gdzie dalsze objawy, jak wałeczki w moczu i t. d. rozpoznanie ułatwiają; 3) przypadki przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek i 4) białkomocz w wieku pokwitania. Postać ta dotyczy osobników dorastających, którzy doznają różnych dolegliwości z powodu niedokrewności i nierównomiernego rozwinięcia się serca, nie odpowiadającego nowym wymaganiom rozwoju w tym wieku. Tu odpowiednie środki dyetetyczne mogą usunąć stan chorobowy. Następnie należy uwzględnić choroby, przy których występuje białkomocz, lecz nie na tle nerkowem, jak np. choroby serca, rozedma płuc, niedokrewność, biegunka, choroby gorączkowe, zapalenie pęcherza moczowego, lub gruźlica przewodu moczowego Jeżeli ilość białka wynosi 0·1% lub więcej, można białkomocz fizyologiczny wykluczyć; za tym ostatnim zaś przemawia ten szczegół, że okresy wydzielenia białka z okresami wolnymi regularnie się zmieniają. Przerost serca, silne napięcie tętnic, objawy mocznicowe lub zapalenie siatkówki przemawiają za sprawą nerkową. Wałeczki nerkowe nie odgrywają roli rozstrzygającej, gdyż i po natężeniach u zdrowych nieraz je wykazać można. Tylko jeśli po dłuższem przebywaniu w łóżku można wykazać wałeczki ziarniste lub nabłonkowe, a w dodatku jeszcze ciałka czerwone lub leukocyty, rozpoznanie zapalenia nerek nie ulega już żadnej wątpliwości.

Rokowanie w białkomoczu fizyologicznym jest nader pomyślne, pomimo że białkomocz trwa dalej. Czy białkomocz fizyol. z czasem się nie przemienia w sprawę zapalną nerek, tego *a priori* nie można wykluczyć. Być może, że nerka taka z rzadkim sączkiem mniej jest odporną na wpływy szkodliwe, niż nerka o sączku gęstym. O leczeniu w ścisłem znaczeniu mówić nie można, bo niepodobna ludzi zupełnie zdrowych kłaść do łóżka; tylko tym niedokrewnym, obarczonym niedomogą serca osobnikom dorastającym, środki wzmacniające serce, żelazo, odpowiednia dyeta nietylko mogą przynieść polepszenie, lecz i całkowite wyzdrowienie. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Marx. **Przyczynek do nauki o działaniu chininy.** (*Wiener klin. Rundschau* 1902, Nr. 37). Chinina, jak ją już Schmiedeberg scharakteryzował, jest swoistą trucizną protoplasmy i na tem polega jej silnie bakteryobójcza własność, pozwalająca jej w słabych stosunkowo roztworach (1.5%) zabijać w 24 godzinach zarodniki wąglika. W roztworach 0,3—0,6 na 100 grm. 1% alkoholu w ciepłocie 37° można śledzić po zmięszaniu z pożywką bulionową, jak ruchy czynne drobnoustrojów ustają, potem drobnoustroje pęcznieją, zlepiają się z sobą, tworząc kupki bezkształtne, w końcu następuje rozpad ziarnisty protoplasmy bakteryj. Także leukocyty ulegają zmianom w zetknięciu się z roztworami chininy; spostrzegać to można dobrze, badając ślinę: okazuje się, że to, co w ciałkach białych uważamy za „ruch molekularny“ protoplasmy, jest niczem innem, jak bakteryami żywemi, ruszającemi się w ciałku białem, które to bakterye chinina zabija, i dlatego po zastosowaniu chininy ruch ten ustaje. Jądra ciałek białych i przybłonków płaskich stają się wielkiemi i ograniczonemi. Chinina wywołuje przy działaniu na ciałka czerwone krwi ich aglutynacyę. Oprócz tego wywołuje roztwór 1‰ chininy krzepnięcie krwi, roztwory zaś silniejsze strącają białko i tą własnością tłómaczy się zgorzel powierzchni rannych, na których przez dłuższy czas leżał tampon, napojony roztworem chininy. *B. Żmigród.*

Dr. M. Jaffé. **W sprawie chirurgii ropni przerzutowych nerki.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Skutkiem mało znaczących spraw zakaźnych na powierzchni ciała (czyrak, ropień migdałka i t. d.) powstać mogą przerzutowe ropnie w nerkach. Ropień przebić się może do miedniczki — i wówczas sprawa goi się sama, lub też przebicie postępuje do torebki tłuszczowej i daje powód do ropni okołonerkowych. Gorączka z dreszczami, ślad białka w moczu, ból w krzyżach i lędźwiach, później dające się wykazać powiększenie nerki — oto objawy kliniczne tych spraw. Na pięciu własnych przypadkach przekonał się J., że jedynie odsłonięcie nerki i nacięcie ropnia jest terapią racyonalną i pozwalającą dobrze rokować. *Herman.*

Savariaud. **O wyborze leczenia w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Presse médicale* 1902, Nr. 73). Niektórzy chirurdzy zachwalają systematyczne zwlekanie z zabiegiem operacyjnym, podając, że leczenie „na zimno“ przysparza w znacznej liczbie przypadków więcej łatwości i skuteczności przy wykonaniu operacyi. Temu zapatrywaniu zarzuca autor, że z jednej strony obecność zrostów czyni operacyę robioną „na zimno“ trudną, a złe wyniki i najlepszym chirurgom się zdarzają; z drugiej zaś strony chirurg nie może opanować przebiegu choroby, a zwlekanie przypłaca utratą życia niejednego chorego, któregoby operacya mogła ocalić. Przy zwlekaniu z operacyą grożą chorym sprawy gnilne, rozlane lub wieloogniskowe zapalenie otrzewnej, ropnie wątroby, zajęcie opłucnej, oraz objawy toksyczne. Na przypadek korzystnego zejścia stanu zapalnego chorzy, pozbywszy się bólu, nie chcą się poddać zabiegowi poważnemu. Wtedy stoimy wobec pytania, czy napad się nie powtórzy i czy w razie powtórzenia się ponowne leczenie wewnętrzne będzie pomyślne? Na operacyę zgodzą się tylko ci, którzy dalej cierpią na zapalenie wyrostka robaczkowego. Metoda zwlekania w celu uniknięcia operacyi w chwili korzystnej naraża chorego później na poważne niebezpieczeństwa.

Przeciw wczesnemu operowaniu w chwili, kiedy tylko postawiono rozpoznanie, to jest pierwszego lub drugiego dnia, lub co się częściej zdarza, trzeciego, czwartego lub piątego, czynią następujące zarzuty: *a)* możność błędnego rozpoznania. Błędy takie, aczkolwiek rzadkie, nie narażają zbytnio zdaniem autora, pacyenta, a zdarzają się też w przypadkach operowanych „na zimno“. Trudność rozpoznania nie powinna uchylać wczesnego wskazania do operacyi. *b)* Obawa uogólnienia się sprawy na otrzewnę jest płonną, tembardziej, że przy ogólnem zajęciu otrzewnej właśnie robimy zabiegi operacyjne. *c)* Rozlania się ropy i przedostania się jej do jamy otrzewnowej można uniknąć przez odpowiednie zawijania, tem łatwiej, że ropa ma dążność wydostania się drogą zmniejszonego napięcia. Obawa przerwania zrostów jest zbyteczną, gdyż przypisywane im znaczenie ochronne jest problematyczne, a należy je raczej otwierać, jako drugorzędne zbiorowiska ropy, bo w przeciwnym razie operacya nie jest zupełną. W operacyach już wcześnie wykonywanych napotykał autor wiele oddzielnych ognisk dokoła wyrostka robaczkowego, kątnicy i w okolicy miednicy małej, które należy systematycznie opróżniać. *d)* Za wczesnem operowaniem przemawia brak zrostów i łatwość dojścia do wyrostka. *e)* Obawa napotkania sprawy zakaźnej w sąsiedztwie wyrostka, n. p. zgorzeli jelita ślepego, jest zbyteczną, bo zgorzel pozostawiona sama sobie prowadzi do przebicia. Autor nie podziela zapatrywania tych, którzy, nie znalazłszy przy pierwszem cięciu ropy, radzą założyć sączek. *f)* Co do obawy pojawienia się przepukliny w miejscu długo sączkowanem, to uniknąć jej można przez trzymanie sączka w ranie o tyle tylko rozwartej, o ile tego zachodzi konieczna potrzeba, a z drugiej strony przepukliny już powstałe dają się usunąć czy to przez opaskę, czy przez niewielki zabieg. Pojawiają się one tylko po otwarciu większych ognisk, w których wszyscy chirurdzy zgodnie uznają konieczność operacyi. *Dr. M. Blassberg.*

Sinclair. **Cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem kokainą.** (*The journal of obst. and gyn. of the British empire.* Wrzesień, Tom II, Nr. 3, 1902). U rodzącej z miednicą zniekształconą skutkiem porażenia i nieużywania jednej dolnej kończyny, z wewnętrzną sprzężną 8·76 ctm., wykonano cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem kokainą. Sposób ten zastosowano z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli, napadów dusznicowych i nieokreślonych objawów ze strony serca, prawdopodobnie na tle nadużywania wyskoku. Wstrzyknięto 2 ctm.^{3} wyjałowionego 2% rozczynu kokainy. Co się tyczy samego zabiegu operacyjnego, to znieczulenie dało wynik dodatni. W przebiegu pooperacyjnym utrzymywały się wymioty przez kilkanaście godzin z rzędu z małemi przerwami; poza tem przebieg był prawidłowy. *Grzybowski.*

Hugo Lüthje (Gryfia). **O działaniu przetworów salicylowych na narząd moczowy.** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin* Tom 74, Zeszyt 1 i 2, 1902). U 33 chorych, u których badano mocz po podawaniu przetworów salicylowych, znajdowano stale przy każdym rozbiorze nieprawidłowe składniki, jakoto: białko, prawie zawsze komórki nabłonkowe w większej ilości, często ciałka białe i czerwone i stale wałeczki. Składniki te zaczynały występować od chwili zastosowania salicylu, a znikały po usunięciu go w 2—3 tygodni. Na uwagę zasługuje, że białko znajdowano stosunkowo nie często obok stale występujących wałeczków (na 204 rozbiory — 96 razy), jednak „cylindrouryę“ bez białka autor uważa za objaw podrażnienia i zmiany miąższu nerek, gdyż na 49 prób, wykonanych z moczem ludzi zdrowych, w żadnej wałeczków nie wykazano. Również często znajdowano „cylindroidy“, owe delikatne, nitkowate twory, słabo załamujące światło, co do pochodzenia i znaczenia których nie mamy pewnych wiadomości. Z punktu widzenia klinicysty autor uważa powyższy zbiór objawów jako lekkie ostre zapalenie nerek. A ponieważ prócz patologicznych składników, pochodzących z nerek, znajdowano i inne — z dolnych odcinków moczowych, specyalnie z pęcherza, przeto, — zdaniem autora, — salicyl szkodliwie wpływa nietylko na nerki, lecz i na cały narząd moczowy, wywołując tam zadrażnienie z przeważającymi objawami złuszczania się. I rzeczywiście zapomocą cystoskopu można stwierdzić u ludzi, leczonych salicylem, zapalne podrażnienie błony śluzowej pęcherza i moczowodów, o ile wnosić można z łatwego krwawienia przy ich kateteryzacyi. W końcu pracy autor zwraca uwagę, że należałoby staranniej badać morfotyczne składniki moczu także tam, gdzie białka niema, a co się tyczy salicylu, to unikać należy dłuższego stosowania go w jakiejkolwiek postaci. *Z. Czaplicki.*

Prof. Pawłow i Paraszczuk. **W sprawie identyczności pepsyny i podpuszczki.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 33). Autorowie badali wzajemny stosunek, zachodzący między ilością pepsyny a chimozyny w soku żołądkowym przy różnych pokarmach (mleko, mięso i chleb). Doświadczenia te wykazały, że pomimo urozmaicenia pokarmu ilość pepsyny i chimozy zmienia się zawsze równolegle: zmniejszeniu lub zwiększeniu siły jednego z tych zaczynów towarzyszy analogiczna zmiana w sile drugiego. Pozostawiając sok żołądkowy w termostacie, przekonali się autorowie, że osłabienie obydwóch zaczynów odbywa się również ściśle równolegle. Sprawdzając twierdzenie, że podpuszczkę można wyodrębnić przez kilkakrotne strącenie węglanem amonowym, przyszli autorowie do wniosku, że twierdzenie to nie jest niesłuszne: istotnie przy takiem postępowaniu otrzymujemy płyn, nie trawiący białkanów, lecz okoliczność ta zależy od tamującego wpływu soli, przez rozcieńczenie bowiem płynu nabiera on znowu własności trawienia ciał białkowatych. Sprzedażne gatunki podpuszczki zawierają, według badań autorów, również znaczną ilość pepsyny. Na podstawie tych wyników oświadczają Pawłow i Paraszczuk, że zaczyny rozpuszczające i ścinające białkany przedstawiają jedną i tęsamą substancyę, która zależnie od warunków wywiera ten lub inny wpływ. *Witold Orłowski.*

Schwabach. **Przyczynek do anatomii patologicznej głuchoniemoty.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Przypadek dotyczy głuchoniemego, który umarł z ogólnej gruźlicy. Badanie mikroskopowe narządu słuchu wykazało główne zmiany w pierwszym zwoju ślimaka; cały zwój wypełniony był tkanką kostną i tkanką łączną; w zwoju środkowym zmiany były mniejsze, a w zwoju końcowym światło pozostało wolne. Równolegle z tem zmiany zwyrodnienia w nerwach były największe w gałązkach, odpowiadających pierwszemu zwojowi, a mniejsze lub żadne w zwoju środkowym, względnie końcowym. Co do narządu Cortiego, to tylko w końcowym zwoju można go rozpoznać w ogólnych zarysach. W przedsionku zmian nie znaleziono; taksamo w nerwie twarzowym i słuchowym. S. dopatruje w tym przypadku przyczynę głuchoniemoty w zapaleniu opon mózgowych, które następnie przeszło na ucho wewnętrzne. Możliwość pierwotnego zapalenia ucha wewnętrznego przyznaje, uważa je jednak za mniej prawdopodobne, a to dlatego, że zmiany były ograniczone przeważnie do pierwszego zwoju ślimaka. S. przypuszcza, że przy pierwotnem zapaleniu ucha środkowego zmiany byłyby w całym ślimaku i w przedsionku. Dodać trzeba, że błona śluzowa ucha środkowego okazywała świeże zmiany gruźlicze. *Dr. Teofil Zalewski.*

Weill. **Wczesna oznaka zapalenia płuc.** (*Internat. Med. Mag. — The Med. Bullet* II. 1902). Dr. Weill z Lugdunu zwraca uwagę na objaw, umożliwiający bardzo wczesne rozpoznanie zapalenia płuc: polega on na braku rozszerzalności okolicy podobojczykowej po stronie zajętej. Zmniejszenie się lub zniknięcie rozszerzalności płuc wydarza się i w innych cierpieniach narządu oddechowego, lecz wtedy ogranicza się do okolicy zajętej części płuca, lub opłucnej. Przy zapaleniu zaś płuc, twierdzi autor, objaw ten spostrzega się niezależnie od tego, jaka część płuc zajęta. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

\- \- \-

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Fürth (Strassburg). **Uwagi w sprawie ostrożnego podawania przetworów nadnercza.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). W celu zatamowania krwotoku po uretrotomii wewnętrznej wstrzyknął lekarz choremu do cewki moczowej rozczyn nadnerczyny; krwotok wprawdzie ustał, atoli bezpośrednio potem wystąpiły gwałtowne objawy zatrucia w postaci drgawek i mdłości, utrzymujące się przez kilka godzin. Że składniki nadnercza zwężające naczynia i podnoszące parcie krwi działają

nader trująco na ustrój ludzki, udowodnili już Oliver, Schäfer, Cybulski, Guarnieri, Swale Vincent i inni, jak również, że już małe dawki tych przetworów (kilka miligramów), wstrzyknięte do żył lub podskórnie, wywołują u zwierząt ciężkie objawy zatrucia. Zważywszy jednak, że okoliczności te mogłyby przedwcześnie zdyskredytować te środki (adrenalin, suprarenin) tembardziej, że osiągnięto już nimi niejednokrotnie dobre wyniki, radzi autor, by przed użyciem dotyczącego przetworu przekonać się na drodze doświadczalnej o jego nieszkodliwości. Również trzeba o tem pamiętać, że w przypadkach, w których zachodzi możliwość bezpośredniego dostania się przetworu do żył, ten sposób leczenia jest wielce niebezpieczny.

Dr. Fisek (Podgórze).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 11 lipca 1902.

Przewodniczący: Kol. Sołowij.

Obecnych członków 26.

Kol. Wątorek: Sprawa dolnego odcinka macicy. Opierając się na szczegółowym opisie dwóch macic, które uzyskał przy sposobności cięć cesarskich metodą Porro, wykonanych w klin. prof. Jordana w Krakowie, w 1-szym wypadku z powodu rozmiękczenia kości w końcu ciąży u wieloródki, w 2-gim zaś z powodu obszernego pęknięcia macicy, wywołanego wodogłowiem dziecka, stwierdza Wątorek, że dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego różni się bardzo znacznie we wszystkich trzech warstwach pod względem budowy anatomicznego utkania od górnej części macicy, t. j. trzonu z dnem, a granica między temi obiema częściami macicy jest ścisłą i wybitną. I tak: doczesna po oddarciu błon w trzonie i dnie przedstawia warstewkę na przekroju równej wszędzie grubości (1 mm), o powierzchni bardzo delikatnie strzępiastej, ale równej, z wyjątkiem miejsca łożyskowego, gdzie doczesna przedstawia warstwę dwa razy grubszą, więcej strzępiastą o powierzchni nierównej, dlatego, bo okrywa tu brodawki, utworzone z włókien mięsnych, które przy obmacywaniu miejsca łożyskowego dają uczucie chropowatości. — Doczesna zaś okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka przedstawia po oddarciu błon warstewkę na przekroju równomiernie grubiejącą w kierunku ku szyi, o powierzchni gładkiej, lśniącej, ale regularnie pofałdowanej, przyczem pofałdowanie to co do kształtu fałdów jest zupełnie identyczne z fałdami, w jakie układają się błony, przyczepione jeszcze do tejże części macicy w razie całkowitego skurczenia się narządu. Granica między doczesną trzonu a doczesną okolicy pierścienia skurczowego zaznacza się ściśle w linii poprzecznej.

Muskulatura trzonu i dna składa się z włókien mięsnych o różnych kierunkach; w trzonie przeważa kierunek włókien podłużny, która to przewaga w miarę zbliżania się do dna stopniowo znika na korzyść innych kierunków tak, iż w dnie macicy poplątanie włókien jest zupełne, a o jakiejkolwiek przewadze którégokolwiek kierunku włókien niema mowy. W okolicy pierścienia skurczowego zaś włókna mięsne są ułożone regularnie w dwóch warstwach o kierunku włókien prostopadłym do siebie. Warstwa zewnętrzna składa się z włókien podłużnych, albowiem na przekroju podłużnym daje rysunek wydłużonych wrzecion, zaś na przekroju poprzecznym rysunek drobnych skośnych czworoboków, warstwa wewnętrzna w najgrubszej swej części o połowę cieńsza niż zewnętrzna, składa się z włókien poprzecznych, albowiem na przekroju podłużnym występuje tu rysunek drobnych skośnych czworoboków, a na poprzecznym rysunek wydłużonych wrzecion. Ta wewnętrzna warstwa na przekroju podłużnym macicy przedstawia trójkąt o bardzo szerokiej podstawie (3 ctm), a małej wysokości ($^1/_2$ ctm), którego górny bok jest linią równą, przechodzącą wprost w linię przekroju powierzchni muskulatury trzonu, zaś dolny bok jest załamany, przez co w muskulaturze poprzecznej powstaje schód, w następstwie czego występuje nagłe zcieńczenie muskulatury tej części macicy, widoczne okiem i wyczuwalne dotykiem, wywołując objaw kliniczny, nazwany przez Bandla pierścieniem skurczowym. — Dolny odcinek rozpoczyna się tam, gdzie kończy się warstwa mięśnia okrężnego. Warstwa mięsna dolnego odcinka, będąca dalszym ciągiem warstwy wewnętrznej okolicy pierścienia skurczowego, składa się tylko z włókien podłużnych. Na przekroju podłużnym widzimy, jak warstwa ta zwęża się równomiernie klinowato ku dołowi, powodując, iż cała ściana dolnego odcinka im bliżej szyi, tem więcej cieńczeje, mimo, iż tak warstwa błony doczesnej, jak i tkanka podotrzewnowa im niżej, tem więcej grubieją. — Na przekroju podłużnym macicy granica między muskulaturą trzonu a okolicą pierścienia skurczowego zaznacza się bardzo wybitnie. Leży ona w tej samej wysokości, co granica dwóch różnych warstw bł. doczesnej.

Otrzewna, okrywająca trzon z dnem, przylega bardzo ściśle zapomocą cienkiej, zbitej warstwy tkanki podotrzewnowej do zewnętrznej powierzchni muskulatury, układając się z powodu kurczenia się macicy w bardzo charakterystyczne fałdziki o wyraźnym kształcie i kierunku. I tak: szczyt dna wolny jest od fałdów, otoczenie dna ma fałdziki nieregularne, środek powierzchni przedniej i tylnej fałdy podłużnie przebiegające, które w miarę im bliżej boków macicy przechodzą w fałdy podłużne łukowate. W bezpośredniem sąsiedztwie tylnego ramienia zgrubienia otrzewnej macicy są dwa szeregi krótkich poprzecznie przebiegających fałdzików.

Przeciwnie otrzewna, okrywająca okolicę pierścienia skurczowego i dolny odcinek, przyczepioną jest do muskulatury zapomocą wiotkiej tkanki podotrzewnowej, która, jak to widzimy na przekroju podłużnym macicy, im niżej tem jest coraz więcej rozwiniętą. Fałdy jej są znacznie wyższe i szersze o przebiegu poprzecznym do osi długiej narządu. Granica między otrzewną trzonu a otrzewną okolicy pierścienia skurczowego jest ścisłą, a na przedniej powierzchni macicy nawet zaznaczoną zapomocą poprzecznie przebiegającego pasmowatego zgrubienia otrzewnej, analogicznego do pętli, która dzieli trzon i dno macicy na dwie połowy, prawą i lewą. Granica ta leży na tej samej wysokości, co i owe wyżej podane granice: muskulatury i bł. doczesnej.

Poniżej ścisłego przyczepu otrzewnej, w środku wewnętrznej warstwy włókien mięsnych podłużnych, spotykamy dwa naczynia okrężnie przebiegające, jedno nad drugiem ułożone, charakterystycznie otoczone włóknami mięsnemi; górne jest żyłą a dolne tętnicą.

Również wybitnie różni się powierzchnia wewnętrzna dna i trzonu od pow. wewnętrznej dolnego odcinka i okolicy pierścienia skurczowego w przypadku, gdy jest jeszcze okrytą błonami, po całkowitem skurczeniu się macicy, co kol. W. miał sposobność spostrzegać na macicy wyciętej wraz z płodem w końcu ciąży przy sposobności cięcia cesarskiego metodą Porro, wykonanego z powodu rozmiękczenia kości.

Fałdy błon w trzonie przedstawiają pasemka przebiegające równolegle do siebie wzdłuż osi długiej narządu, regularnie poprzecznie falujące. Na 1 ctm. szerokości przypada tych pasemek w środku powierzchni wewnętrznej 4., zaś tuż przy bokach macicy 5. Im bliżej dna, tem falowanie pasemek jest wybitniejsze, wskutek czego coraz więcej zatraca się wrażenie ogólne rysunku podłużnych pasem, aż w dnie on ginie, a cała powierzchnia jest okrytą jednostajnie pofałdowanemi błonami, przyczem jednak zauważa się, że szerokość wyniosłości pozostaje równą szerokości pasem. Granica między trzonem a okolicą pierścienia skurczowego występuje ściśle, z chwilą bowiem, gdy błony przechodzą na mięsień okrężny, aby go okryć, każde pasemko dzieli się na 2 tak, że na 1 ctm. szerokości przypada ich nie 4, lecz 8, względnie 10. Każde z tych pasemek na całej powierzchni okolicy pierścienia skurczowego analogicznie faluje, jak macierzyste pasemko trzonu. Falowanie to im niżej, tem staje się wybitniejsze, wskutek czego zwolna zatraca się wrażenie ogólne rysunku pasemek podłużnych, aż na powierzchni dolnego odcinka występuje obraz analogiczny fałdów błon, jak w dnie, z tą różnicą, że tu na jednostkę powierzchni przypada wyniosłości 4 razy więcej.

Przyczynę tego charakterystycznego a zarazem odmiennego zachowania się fałdów błon w trzonie i dnie a okolicy pierścienia skurczowego i dolnym odcinku, wytłómaczyć łatwo, znając fizyczne prawa o fałdowaniu się przedmiotów cienkich, nieelastycznych, przyklejonych do wyciągniętej płyty (np. gumy napiętej) kurczącej się z pewną siłą. Prawo to, doświadczalnie przez kol W. stwierdzone, opiewa: Kierunek pasem jest prostopadły do kierunku kurczenia się powierzchni. Przy kurczeniu się powierzchni w 2-u prostopadłych kierunkach, ale niejednakowo silnych, występuje zjawisko pasemek falujących o przebiegu prostopadłym do kierunku największego kurczenia się. Przy jednakowo silnej zaś występuje kształt fałdów analogiczny do fałdów w dnie i dolnym odcinku. Szerokość pasem jest do siły kitu odwrotnie — zaś do niepodatności przedmiotu fałdującego się wprost proporcyonalną; nie zależy zaś od stopnia redukcyi powierzchni. Od stopnia kurczenia się powierzchni zależy wysokość fałd i głębokość rowków między fał-

dami, mianowicie jest do stopnia kurczenia się wprost proporcyonalną szerokość fałdów jednak pozostaje tu ta sama, co i przy słabszym kurczeniu się. Z jednostki powierzchni błon powstaje więc w razie silniejszego kurczenia się, przy innych warunkach tych samych, mniej fałdów ale za to wyższych, zaś przy słabszym więcej fałdów, ale za to niższych. Kształt jednak, szerokość i kierunek pozostają tu i tam jednakowe.

Na podstawie powyższych praw fizycznych dochodzi kol. W. do przekonania, że błony są do okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka zapomocą »ampullaris«, odgrywającej rolę kitu, co najmniej 2 razy silniej przymocowane, niż do pow. dna i trzonu. Fakt ten stwierdził kol. W. bezpośrednio, odrywając błony od powierzchni wewnętrznej macicy. Za faktem tym przemawiają nadto, a zarazem go bezpośrednio tłómaczą, badania mikroskopowe porównawcze Küstnera nad budową bł. doczesnej dolnego odcinka a trzonu, które wykazują, że doczesna dolnego odcinka składa się analogicznie, jak i doczesna, z 3-ch warstw: *compacta, ampullaris-fundalis,* jednak różnice zachodzą we wszystkich 3-ch warstwach. I tak: *compacta* doln. odcinka jest kilkakrotnie węższą niż *ampullaris; ampullaris* zaś, odgrywająca rolę kitu dla błon, ma gruczoły o średnicy węższej, komórki doczesnej mniejsze i różnokształtne, a w tkance podściełiskowej liczne grube włókna łącznotkankowe, przeciwnie niż w trzonie i dnie.

Wyżej wyliczone fakta nakazują przyjąć: 1) że objaw kliniczny, nazwany przez Bandla »pierścieniem skurczowym«, ma przyczynę anatomiczną, mianowicie jest on wywołany obecnością warstwy włókien mięsnych o przebiegu okrężnym; 2) że dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, będąc we wszystkich 3-ch warstwach pod względem budowy utkania odmienny od dna i trzonu tak, iż granica między temi 2 częściami macicy występuje ściśle, nie może być uważanym za dolną część trzonu, który pod wpływem skurczów muskulatury macicy tylko co do kształtów się zmodyfikował, ale musi być uważanym za odrębną część macicy. Ponieważ zaś powyższe 2 fakty są pewne, więc hipoteza Schrödera i jego zwolenników, utrzymująca, że dolny odcinek jest częścią trzonu, jest błędną.

Wobec tego należy zastanowić się, czy może Küstner i jego zwolennicy mają słuszność, twierdząc, że dolny odcinek jest częścią szyi macicy, która pod wpływem ciąży może analogicznie przerastać i brać udział w budowie i rozwoju jaja płodowego, jak trzon z dnem. Przeciwko hipotezie Küstnera atoli przemawiają następujące fakty: gdyby macica składała się tylko w 2-ch części, różnych pod względem histologicznym i własności biologicznych, tj. trzonu z dnem i szyi i gdyby tkanki składające szyję mogły pod wpływem ciąży przerastać i przemieniać się w dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, to w takim razie dolna granica dolnego odcinka — pierścień Müllera — nie byłaby granicą stałą, ale zmienną. Dawniej istotnie takie panowało przekonanie (Hyrtl). Obecnie atoli dzięki badaniom macicy w czasie ciąży, porodu i połogu wiemy na pewno, że dolna granica dolnego odcinka zawsze ściśle się zaznacza i to nawet u pierwiastek, gdzie kanał szyi w ostatnich miesiącach ciąży z reguły ulega rozciągnięciu i tworzy bezpośrednie powiększenie jamy dolnego odcinka. Błona śluzowa szyi nigdy, a więc i u pierwiastek, nie zamienia się w czasie ciąży na doczesną i nie zrasta się w refleksą błon, czyli zachowuje się w sprawie budowy jaja płodowego zawsze biernie (Marchand). Ta dolna granica dolnego odcinka zaznacza się zawsze b. ściśle w czasie połogu, a badanie mikroskopowe błony śluzowej szyi wykazuje obrazy, tak dalece odmienne od obrazów doczesnej dolnego odcinka, że ani w jednym szczególe budowy analogii lub pokrewieństwa wyszukać nie można. Nie tylko bowiem przybłonek jest na powierzchni błony śluzowej szyi zachowany, ale gruczoły, rozmieszczenie włókien tkankołącznowych, komórki i t. d. są zupełnie różne, niż w doczesnej dolnego odcinka. Włókna mięsne szyi nie okazują regularnego przebiegu, a pochodzenie ich głównie jest dalszym ciągiem muskulatury pochwy. Nadto szyja w czasie porodu mechanicznie rozciągnięta, już po 24 godzinach połogu wraca prawie do pierwotnych kształtów, a na błonie śluzowej występuje nie kawałek, ale całkowity *arbor vitae,* podczas gdy dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego zwija się zwolna i to według tych samych prawideł, co trzon z dnem. Powyższe fakty są pewne i wielokrotnie stwierdzone, więc hipoteza Küstnera i jego zwolenników nie da się utrzymać.

Jeżeli zbierzemy wszystkie wyżej przytoczone fakty, stwierdzimy niewątpliwe zjawisko, że macica w czasie ciąży, porodu i połogu składa się z 3-ch części, budową od siebie odrębnych o ścisłych granicach anatomicznych. Gdyby budowa macicy składała się tylko z 2-ch części od siebie odrębnych, tj. szyi i trzonu z dnem, jak się to dotychczas przyjmuje, to mielibyśmy do czynienia z niewytłómaczalnem zjawiskiem powstawania i wyodrębnienia się w czasie ciąży 3-ch części macicy. Ta 3-cia część macicy wykształcałaby się regularnie podczas ciąży chyba według tych samych prawideł, co nowotwory, a to jest logiczną niedorzecznością. Dogmat zatem, przyjmujący, że macica składa się z 2-ch części, jest zwykłym przesądem. Z logiczną koniecznością musi się przyjąć hipotezę, że macica zawsze, nie tylko w czasie ciąży, porodu i połogu, ale i poza ciążą, tak u pierwiastek, jak u wieloródek, tak u dzieci, jak i u płodów, tak u ludzi, jak i u zwierząt kręgowych, składa się w 3-ch strukturowo odrębnych części, a co zatem idzie o odrębnym celu i funkcyi fizyologicznej, a mianowicie: 1) szyi, 2) dolnego odcinka wraz z okolicą pierścienia skurczowego i 3) trzonu z dnem.

Fakt, że tylu badaczom uszła uwagi ta trzecia część macicy nieciężarnej, wobec czego przyjęto za dogmat zapatrywanie, iż macica wogóle składa się z 2-ch części, tak pewny, że dotąd nawet nie podlegający dyskusyi, tłómaczy kol. W. w sposób następujący: ta trzecia część macicy jest z natury rzeczy w macicy będącej w spoczynku bardzo wązką. I tak: jeżeli macicę nieciężarną wieloródki zechcemy uważać za ostateczny wyraz zwijania się macicy połogowej i jeżeli pamiętać będziemy o fakcie niewątpliwie stwierdzonym, że okolica pierścienia skurczowego i dolny odcinek zwijają się według tychsamych prawideł i taksamo energicznie, jak trzon z dnem, to biorąc pod uwagę wymiary macicy nieciężarnej i porównując je z wymiarami macicy pierwszych chwil połogu, możemy ściśle obliczyć, jak wielką część macicy nieciężarnej zajmie ta 3-cia część macicy. Z obliczenia tego wynika, że u wieloródek ta 3-cia część macicy wynosi $1^1/_2$ ctm. a należy jej szukać w bezpośrednim pasie nad i pod ujściem wewnętrznem szyi w sensie anatomii opisowej. Zwieracz ujścia wewnętrznego szyi anatomii opisowej odpowiada mięśniowi okrężnemu okolicy pierścienia skurczowego macicy pierwszych chwil połogu, którego szerokość obecnie po całkowitem zwinięciu się tejże okolicy wynosi $7^1/_2$ mm. Połowa jego, tj. $3^1/_2$ mm. leży już w jamie trzonu w sensie anatomii opisowej, zaś druga połowa wraz ze zwiniętym dolnym odcinkiem, czyli pas $= 11^1/_2$ mm., leży już w kanale szyi w sensie anatomii opisowej, czyli zajmuje mniej niż $^1/_3$ część górną szyi anatomii opisowej. Jeżeli się przyjmie, że macica dziewicza w zasadzie nie różni się ani wymiarami, ani proporcyą części poszczególnych od macicy wieloródek, to wnioskować należy że tu ta 3-ia część macicy zajmie pas tej samej szerokości, co i tam. Jeszcze łatwiej zapoznać tę 3-cią część macicy w macicy dziecięcej, która w całości jest długą na $2^1/_2 - 3^1/_2$ ctm., a w dodatku szyja w sensie anatomii opisowej, czyli dolna połowa okolicy pierścienia skurczowego wraz dolnym odcinkiem i właściwą szyją zajmuje $^2/_3$, zaś trzon z dnem i górną połową okolicy pierścienia skurczowego $^1/_3$ część całej długości macicy. Jeżeli odpowiednie do tych danych zrobimy obliczenie, to przekonamy się, że cała ta 3-ia część macicy nie przenosi 3—4 mm, z czego 1 mm. będzie leżał już w jamie trzonu w sensie anatomii opisowej. Że ta 3-cia część macicy po porodzie nie ginie, ale wraz ze wszystkiemi swemi cechami anatomicznemi, z powodu zwijania się odpowiednio umodyfikowanemi, jest w macicy nieciężarnej i dziecięcej, dowodzą tego 1) badania Küstnera nad szeregiem macic z różnych okresów połogu, wykazujące bezpośrednio, że pierścień skurczowy odpowiada zwieraczowi ujścia wewnętrznego szyi anatomii opisowej; 2) mimochodem, lecz regularnie, w każdym podręczniku histologii czynione wzmianki, że budowa błony śluzowej górnej części szyi jest różną, niż dolnej, a taksamo górnych części trzonu, a partyj przyległych ujściu wewnętrznemu szyi. Wązkość tej 3-ciej części macicy będącej w spoczynku jest przyczyną, że tak Küstner jak i histologowie nie zdają sobie sprawy z istoty rzeczy, tłómacząc fakty wyżej wspomniane, dotyczące błony śluzowej tem, że tu zupełnie analogicznie jak i w innych narządach są w otoczeniu zwieracza nieznaczne i stopniowe przejścia w budowie mikroskopowej błony śluzowej. Gdyby tak było, to w ciąży, porodzie i połogu nie byłoby ani górnej ani dolnej granicy tej 3-iej części macicy ścisłej i wybitnej, ale niewyraźna i zmienna, co, jak z wyżej podanych faktów wynika, nie zgadza się z istotnym stanem rzeczy.

Jeżeli hipoteza powyższa jest słuszną, to powinna ona w sposób prosty i jasny wytłómaczyć wszystkie fakty pozytywnie zdobyte dla obrony obydwu dawniejszych hipotez, a nadto przy jej pomocy powinno się znaleźć wyjaśnienie wielu faktów, których ani jedna, ani druga hi-

poteza wytłómaczyćby nie potrafiła N. p hipoteza kol. W. jasno tłómaczy objaw Hegara, t. j. przerost górnej części szyi w sensie anatomii opisowej, gdy dolna część szyi t. j. szyja właściwa, jest w spoczynku. Przerost ten występuje od początku ciąży tak, iż objaw powyższy jest jednym z pierwszych objawów przedmiotowych ciąży i to wtedy już, gdy jajko płodowe jest jeszcze tak małe, że zajmuje zaledwie część jamy trzonu, a wcale nie sięga jeszcze do tej 3-iej części macicy. Również objaw ten występuje i w przypadkach ciąży pozamacicznej. Przypadki cięć cesarskich, wykonanych w końcu ciąży, naocznie przekonują o fakcie, że macica po opróżnieniu z treści natychmiast spada do postaci macicy pierwszych chwil połogu, takiej, która w czasie porodu b. energicznie pracowała, kiedy aż pękła. Opisy obu macic zgadzają się w drobiazgach nawet, z czego wynika: że pierścień skurczowy nie jest następstwem stanów skurczowych muskulatury, ale następstwem obecności warstwy mięśni okrężnych, oraz iż ta 3-cia część macicy jest w czasie ciąży zawsze. Badanie powierzchni i wnętrza jamy macicy przy sposobności poronień w różnych okresach ciąży wykazuje po opróżnieniu treści stosunki zupełnie analogiczne, jakie spotykamy w połogu na czasie. Przy odklejaniu ręcznem jaja płodowego wyczuwa się zawsze pierścień skurczowy, a przy podrażnieniu jego czuje się, jak on palce dookoła jakby pierścieniem zaciska, dzięki właśnie obecności tam włókien okrężnych.

W patologii macicy ta 3-cia część macicy okazuje pewną samodzielność. I tak zaburzenia zapalne, zlokalizowane w tej 3-ciej części macicy powodują tyłozgięcia, lub silne nachylenia ku przodowi, przy wadach rozwojowych spotykamy zarośnięcia zlokalizowane właśnie do tej 3-iej części macicy, a przy przeroście często tylko część nadpochwowa szyi jest przerosła.

Podczas porodu pracują 1 a i ta 3-cia część macicy bardzo energicznie; bierną jest tylko szyja właściwa. Trzon z dnem wracają za wszelką cenę i zawsze do kształtów pierwszych chwil połogu, — opróżnia się jamę, pierścień skurczowy tworzy rodzaj zwieracza, który nie pozwala powrócić temu, co raz jamę trzonu i dno opuściło; dolny odcinek, skracając swe ściany w wymiarze podłużnym, wywołuje zanik szyi i jej rozdęcie, oraz otwarcie ujścia zewnętrznego macicy. Praca dolnego odcinka musi być tak energiczną, że się odrywa od szyi. Pogląd zatem Schrödera, dzielący pracującą macicę na Hohlmuskel) część pracującą, sięgającą do pierścienia skurczowego i (Durchtrittschlauch) część bierną, którą składają: dolny odcinek i szyja, uważa kol. W. za nieracyonalny. Silniejsze przymocowanie popłodu: n. p. *ampullaris* do wewnętrznej powierzchni tej 3-ej części macicy, ma znaczenie dla mechanizmu 3-go okresu porodowego, mianowicie jest jedną z przyczyn, dlaczego łożysko z reguły rodzi się wypukłone powierzchnią owodni.

Wytłómaczenie, dlaczego macica składa się z 2-ch głównych części czynnych w sprawie rozwoju jaja płodowego i w sprawie porodu, a z jednej biernej, daje badanie anatomiczne i embryologia, które wykazują, że tkanki, składające właściwą szyję, są tego samego pochodzenia, co pochwa, a nawet po całkowitem wykształceniu się macicy okazują analogie w wielu szczegółach budowy. *(Autoreferat).*

W dyskusyi: Kol. Skałkowski zarzuca, że materyał, na którym W. oparł swe teorye, jest za mały, bo obejmuje zaledwie 2 przypadki. Fałdom otrzewnej, spostrzeganym przez prelegenta, odmawia znaczenia, gdyż były badane na macicach wyciętych, gdzie więzadła nie działały. Zaznacza, że wobec dzisiejszego stanu nauki, nie można ograniczyć procesu chorobowego na pewne części narządu, jak chce prelegent. Stanowczo jest zdania, że błony płodowe są słabiej przyczepione w dole, t. j. około ujścia wewnętrznego, a nie jak twierdzi prelegent.

Kol. Bylicki: Sprawa ta jest na porządku dziennym od 30 lat; to samo, co prelegent, twierdzą wszyscy przeciwnicy teoryi Schrödera. Na poparcie swych teoryj powinien był prelegent podnieść, że przedarcia macicy zaczynają się od szyi. Granica między przybłonkiem nie jest stała. Prelegent nie udowodnił, dlaczego dolny odcinek macicy jest czynny. W kwestyi t. zw. pierścienia skurczowego powiada, że tenże tworzy się nie w jednem pewnem miejscu, ale wogóle tam, gdzie są mięśnie okrężne. Na dowód przytacza przekrój macicy z muzeum w Bazylei, gdzie znajdują się 3 pierścienie skurczowe. Wogóle tworzy się pierścień skurczowy tam, gdzie jest najmniejszy opór, a granicą między dolnym odcinkiem macicy, a jej resztą, jest żyła, i w tem miejscu otrzewna zaczyna ściślej przylegać.

Kol. Kwiatkiewicz: Górna część szyi może się stać dolnym odcinkiem macicy. Wogóle granice te są bardzo nieścisłe. Jest zdania, że dolny odcinek macicy jako taki nie istnieje, ale jest następstwem rozszerzania się macicy.

Kol. Hojnacki: Dolny odcinek macicy nie jest jej częścią anatomiczną. Każda część macicy może się skurczyć i wszędzie powstać może pierścień skurczowy.

Kol. Kośmiński przytacza doświadczalną pracę, która przeczy wywodom kol. Wątorka.

Kol. Wątorek w odpowiedzi podnosi, że najważniejszą rzeczą w jego odczycie jest pozytywne stwierdzenie faktu, iż objaw kliniczny, nazwany przez Bandla pierścieniem skurczowym, ma przyczynę anatomiczną a mianowicie, iż zależy on od obecności mięśnia okrężnego na granicy trzonu i dolnego odcinka, w t. zw. przez kol. W. okolicy pierścienia skurczowego. Według mniemania kol. W. jest on pierwszym w literaturze, który ten objaw tak tłómaczy. Na uwagę kolegów, iż już inni autorowie, jak Kölliker, donoszą o obecności mięśnia okrężnego na granicy trzonu — odpowiada kol. W. w ten sposób, że dawniejsze podania, jak Köllikera, Hyrtla, odnoszą się do macic nieciężarnych i w zupełności potwierdzają podanie kol W. odnośnie do macicy połogowej i ciężarnej.

Na zarzut, iż hypotezie kol W jako nieopartej na własnych badaniach mikroskopowych, a tylko na opisie mikroskopowym dwóch wypadków — brakuje podstaw realnych, odpowiada kol. W. w ten sposób, iż fakta gołem okiem stwierdzić się dające są pewniejsze, niż mikroskopowe, które zależą od skomplikowanej techniki, wobec czego na faktach makroskopowych z całą ufnością oprzeć się można. Zresztą fakta przez niego podane są w zgodzie z faktami mikroskopem stwierdzonymi, opisanymi w literaturze. Stwierdzić je zaś i skontrolować może sobie każdy, kto ma mikroskop, zresztą jak historya dyskusyi nad tą kwestyą poucza, same badania mikroskopowe nie były w stanie trudności rozwiązać. Dlatego też, zdaniem kol. W., należy tę sprawę syntetycznie, z uwzględnieniem wszelkich faktów z położnictwa i ginekologii dotyczących, traktować, w myśl programu podanego w odczycie — a sprawa wystąpi jasno.

2. Kol. Breiter demonstruje rozszerzadła Bossiego, zapomocą którego udało mu się w krótkim czasie ukończyć poród. T. K. l. 19, pierwiastka, przewieziona do kliniki, nieprzytomna. Ciepłota ciała 38°, tętno 132. Od 3 godzin słabe bóle porodowe, pięć silnych napadów drgawek porodowych. Podczas przyjmowania chorej napad silny, trwający 3 minuty; po 20 minutach drugi napad na sali porodowej. Podskórnie morfina i chloral w lewatywie. Do ujścia zupełnie zamkniętego przy szyi zanikłej w uśpieniu chloroformowem wprowadzono rozszerzadło bez nasadek, a w miarę rozszerzania założono nasadki. W przeciągu 20 minut ujście było rozwarte na 6 ctm. w średnicy, poczem założono kleszcze Madurowicza na główkę, przypartą do wchodu miednicy, której wymiary: *dst. spin.* $21\frac{1}{2}$, *d. cr.* 27, *d. tr.* $30\frac{1}{2}$, *c. ext.* $16\frac{1}{2}$. Po 12-tu forsownych pociągnięciach udało się główkę przeprowadzić i urodzić płód żywy 3000 grm. z nieznacznemi odgnieceniami na główce. Podczas porodu nieznaczne pęknięcie szyi po stronie lewej; z powodu nieznacznego krwawienia — wytamponowano macicę i pochwę. Cały zabieg trwał 70 minut. Po 14 godzinach dwa napady drgawek; gazę z macicy usunięto. Od tego czasu przytomność powoli wracała, ciepłota przez 3 dni dochodziła do 38°, również spadła; białko w ilości 2% znikło, stan zadowalniający. Chora po 10 dniach opuściła klinikę, czując się zupełnie zdrowa, wraz z córką. Co do rozszerzadła samego, to może ono oddać nieocenione usługi w przypadkach nagłego rozwiązania i wyrugować zupełnie nacięcia Dührssena lub cięcie cesarskie pochwowe. Obawa o rozdarcie szyi jest zupełnie wyrugowaną, gdyż poruszając śrubą przyrządu można odczuwać dokładnie i mieć pojęcie o napięciu wiązek mięsnych szyi macicy. Prelegent poleca gorąco rozszerzadło Bossiego.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Kośmiński, Bylicki i Brejter.

3. Kol. Zalewski przedstawia chorego po atykoantrotomii.

Dr. Ruff, sekretarz.

VII. Polskie uzdrowiska dla chorych piersiowych.

D. 23. listopada, w obecności naczelnych przedstawicieli władzy państwowej i autonomicznej, oraz licznego zastępu lekarzy z całej Polski, poświęcono i otwarto Sanato-

ryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. Gmach 4-piętrowy, zbudowany gruntownie i celowo na przybytek klimatycznego leczenia, wznosi się na wysokości 1050 metrów nad powierzchnią morza, wśród lasu, pokrywającego w połowie 14-morgowy obszar, stanowiący terytoryum uzdrowiska. Jeden rzut oka wystarcza na zoryentowanie się, że budowniczy miał na względzie jak najdoszczętniejsze wyzyskanie terenu dla przysporzenia budynkowi możebnie największego dostępu słońca, a jednocześnie zasłonięcia go od wiatrów.

Jeśli powiemy, że Sanatoryum w Zakopanem zostało zbudowane i urządzone podług najnowszych zasad i wymagań wzorowego uzdrowiska dla chorych piersiowych, to tem samem stwierdzamy, że wszystkie pokoje są słoneczne, że całe ich urządzenie zmierza do łatwego odkażania i przewietrzania, że obok obfitości powietrza i słońca wytworzono tu warunki ciszy i odosobnienia, że każde piętro posiada łazienkę, windę osobową i kuchenną, że jest tu wodociąg, oświetlenie elektryczne i centralne ogrzewanie, że przyrząd desinfekcyjny odkaża bieliznę, że spluwaczki tekturowe niszczą się w ogniu, że jest piękna leżalnia z całodziennem słońcem, że służba tu liczna, świadoma swych zadań i dziś już wyćwiczona, że zapomocą kontraktów zabezpieczono dostawę artykułów spożywczych, że budynek posiada kanalizacyę, a kanał ściekowy skierowany do wartkiego i oddalonego potoku, że Zakład łączy się z Zakopanem telefonem i posiada własną bitą drogę, łączącą się z gościńcem kościeliskim, że urządzenia ściśle lekarskie nic nie pozostawiają do życzenia, że kierownictwo pozostaje w rękach sprężystych, doświadczonych i do zadań znakomicie przygotowanych d-ra Kazimierza Dłuskiego i jego małżonki d-ra Pani Dłuskiej.

Stosownie do swego przeznaczenia i gdzieindziej nabytego doświadczenia Sanatoryum w Zakopanem przyjmuje chorych na gruźlicę w pierwszych jej okresach, a niemniej, wobec najdoskonalszych warunków desinfekcyi i czystości, — chorych na przewlekły nieżyt oskrzeli, rozedmę płuc, oraz wyzdrowieńców po zapaleniu płuc, wreszcie osoby zdrowe, lecz usposobione do gruźlicy. Metoda leczenia polega na stałem używaniu górskiego leśnego powietrza, bądź to na spacerach w lesie, bądź w leżalni, bądź w pokoju przy odpowiedniem regulowaniu powietrza za pomocą wentylatorów i okien. Obok czystego górskiego powietrza uzdrowisko zakopańskie posiada drugi ważny czynnik leczenia chorób piersiowych — obfitą, zdrową i dobrze przyrządzoną kuchnię. Wreszcie, przy całem uwzględnieniu indywidualności chorego, stosuje się w Sanatoryum zabiegi wodolecznicze. Rzecz oczywista, że prócz wymienionych czynników leczenia sanatoryalnego, kierownik zakładu rozporządza wszystkiemi innemi metodami, stanowiącemi dzisiejsze lecznictwo farmakodynamiczne.

Tak więc, na łonie Tatr i na tle szczytów granitowych, stanęło szczytne dzieło myśli i duszy ludzkiej: bo chociaż Sanatoryum w Zakopanem nie powstało z ofiar, to jednak społeczeństwo polskie dobrze to odczuwa, że ludzie, którzy umożebnili dźwignięcie tego dzieła, nie działali dla zysku, że dając szlachetny kruszec, dawali jednocześnie szlachetne uczucie miłości bliźniego, cząstkę swej dobrej duszy.

Na równinach Mazowsza, wśród sosnowego lasu, w miejscowości „Rudka“, odległej o 15 minut drogi od stacyi kol. żel. „Mrozy“, stanął pod dach kompleks murowanych budynków, przeznaczonych na Sanatoryum dla mniej zamożnych chorych piersiowych. Jak to czytelnicy nasi niezawodnie wiedzą, inicyatorem, pierwszym ofiarodawcą i opiekunem tego wykończającego się zakładu jest Dr. Teor Dunin. Samo ujęcie tej sprawy przez lekarza i obywatela tej miary oddziałać musiało atrakcyjnie na szlachetne serca: posypały się ofiary i dobra myśl jest w okresie stania się dokonanym czynem. Książe Stanisław Lubomirski pośpieszył z darowizną pod Sanatoryum 20-morgowego lasu, będącego częścią 300-morgowego obszaru leśnego, rosnącego na przepuszczalnej glebie, w okolicy uprawnej, oddalonej od siół i fabryk.

Wedle planów całość Sanatoryum „Rudka“ składać się będzie z 5 murowanych budynków i studni artezyjskiej. Budynek główny ma 120 metrów frontu, zbudowany półkolisto ku stronie południowo-zachodniej, wznosi się na piwnicach, posiada parter, dwa piętra i poddasze. Zaprojektowany na 120 chorych, obecnie urządza się na połowę tylko tej liczby, zanim ofiarność obywatelska nie umożebni wykonania całego planu. Wymiary resztujących budowli obliczone już dziś na 120 chorych. Wszystkie pokoje dla chorych są od strony południowej; objętość pokoju na jedną osobę wynosi 51 metrów, na dwie 75 m.; budynek główny posiada salę zebrań, ogród zimowy, czytelnię, centralny system ogrzewania, oświetlenie elektryczne, wodociąg, gabinety lekarskie i wszelkie podręczne urządzenia, odpowiadające wymaganiom sanatoryów pierwszorzędnych. Z tym budynkiem głównym połączoną jest w całej jego długości leżalnia, zasłonięta od wiatru i deszczu.

Obok budynku głównego znajduje się ściśle z nim połączony budynek drugi, na 50 metrów długi, mieszczący w wysokich suterenach piwnice, łazienki, salę do procedur wodoleczniczych, suszarnię bielizny, salę gimnastyczną, gabinet lekarza kierującego wodoleczeniem. Na parterze tego budynku mieści się jadalnia na 110 osób, oraz ubikacye gospodarskie, niezbędne przy jadalni. Na I-szem piętrze znajduje się kuchnia i do niej przynależne izby uboczne; na piętrze II-giem mieszkanie służby kuchennej i składy rezerwowe. Kuchnia posiada windę przez wszyskie piętra budynku.

Budynek trzeci jest wyłącznie budynkiem maszyn, przysparzających dwom pierwszym światła, ciepła i wody. W nim się mieści kamera desinfekcyjna.

Budynek czwarty, przeznaczony na mieszkanie lekarza kierującego, jest dopiero w projekcie. Na razie główny lekarz zamieszka w gmachu I-szym, gdzie jest dwa apartamenty, przeznaczone dla lekarzy.

Budynek piąty parterowy zajmuje służba zewnętrzna, pełniąca obowiązki poza obrębem budynku głównego, oraz ludzie z rodzinami.

Wody — i to dobrej wody — dostarcza całemu zakładowi studnia artezyjska.

Ogólny układ i wewnętrzne urządzenie Sanatoryum jest dziełem Komitetu, wyznaczonego przez Radę warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Komitet sumiennie zbadał uzdrowiska zagraniczne i wyzyskał ich doświadczenie w naszkicowaniu planów, które po głębokiem rozważeniu zatwierdziła Rada Towarzystwa higienicznego.

Wszystko to, co tworzy się w wykończającym się Sanatoryum „Rudka“, jest dziełem ofiarnych serc: kwota złożonego do tej pory kapitału, wraz z ceną dostarczonych bezpłatnie materyałów, wynosi 90.000 rubli, t. j. ledwie trzecia część sumy prelimowanej.

Tym sposobem przychodzi u nas do skutku drugi typ uzdrowiska dla chorych piersiowych, przeznaczony dla osób mniej zamożnych, należących przeważnie do warstwy inteligencyi, zapracowanych zawodowo po miastach i miasteczkach.

Na sercu i sumieniu społeczeństwa polskiego leży typ trzeci; sanatoryum bezpłatne dla chorych zupełnie ubogich. Typ to najważniejszy, bo musi być obliczony na wielką liczbę chorych, rozmieszczonych w licznych uzdrowiskach kraju. Szerokie to ale i owocne pole działania dla samorządu gminnego w połączeniu z ofiarnością prywatną, która złożyła i składa tyle dowodów obywatelskiego i miłosiernego ducha.*)

A. K.

*) Pierwsze Sanatoryum dla chorych piersiowych nie tylko w Polsce, ale w całej Europie, założył Dr. H. Dobrzycki r. 1879 w Mieni pod Warszawą. Trudności, stawiane w owym czasie wszelkiej inicyatywie prywatnej do samoobrony, sprawiły, że Sanatoryum w Mieni istniało tylko lat 4. Dziś leczenie sanatoryalne uważa się za pomysł Niemców, w istocie jednak tak nie jest, myśl i inicyatywa należą się Dr. H. Dobrzyckiemu.

† Docent dr. Alfons Erlicki,

znany psychiatra i autor wielu prac naukowych z akresu chorób umysłowych, zakończył życie w Petersburgu. Urodził się w Warszawie r. 1846. Po ukończeniu gimnazyum w mieście rodzinnem wpisał się na wydział inżynieryi w Instytucie w Puławach; po zwinięciu zaś tego zakładu w r. 1863 wstąpił do Szkoły Głównej na wydział lekarski, który ukończył ze stopniem lekarza w r. 1868. W następnych latach poświęcał się praktyce w kilku miejscowościach. W r. 1877 został przykomenderowany przez departament medyczny na lat 2 dla dalszego kształcenia się w Akademii medyko-chirurgicznej. Tu poświęcił się badaniu chorób nerwowych i umysłowych w klinice prof. Mierzejewskiego. Podczas wojny tureckiej był czynny na bułgarskim placu boju. W r. 1880 uzyskał stopień doktora medycyny i zaraz objął obowiązki ordynatora w klinice prof. Mierzejewskiego i w tymże roku mianowany został stałym ordynatorem w domu obłąkanych, założonym przez ówczesnego następcę tronu. Od r. 1882 był docentem w petersburgskiej Akademii lekarskiej.

Zmarły zostawił znaczną i poważną spuściznę literacką, mianowicie, obok większych rozmiarów podręcznika psychiatryi „Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych", ogłosił mniejszych lub większych rozpraw: 12 w „Gazecie lekarskiej", 4 w „Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego" i 3 w „Medycynie." Pisał prawie wyłącznie po polsku.

Cześć pamięci zasłużonego. *A. K.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4. grudnia

Otrzymujemy następujący komunikat:

Komitet polski dla XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie podaje w dalszym ciągu do wiadomości publicznej, co następuje:

Termin Kongresu. W następstwie ankiety, przeprowadzonej za pośrednictwem Komitetów narodowych, postanowiono trzymać się terminu pierwotnego, t. j. wiosny, a nie jak proponowano m. lipca. Kongres odbędzie się więc w czasie od 23 do 30 kwietnia 1903 r.

Uczestnicy. Wobec często przedkładanych nam pytań zaznaczamy powtórnie, że członkami Kongresu mogą być lekarze, dentyści, farmaceuci, weterynarze i wogóle osoby, wykonujące jakąkolwiek z gałęzi nauk lekarskich, a także osoby, nie należące do stanu lekarskiego, ale posiadające jaki tytuł zawodowy, lub naukowy, wreszcie reprezentanci prasy. Zgłaszający się na uczestnika Kongresu winien oznaczyć sekcyę, w której, — lub w których uczestniczyć pragnie. W tym ostatnim razie wymienić ma główną, bo tylko z tej głównej sekcyi otrzymać może bezpłatne sprawozdanie (*compte rendu*), z innych zaś tylko o tyle, o ile w nich wygłosił przyjęte do sprawozdania odczyty.

Sekcye. Sekcyj będzie 16, a mianowicie:

1. Anatomia. 2. Fizyologia, fizyka i chemia biologiczna. 3. Patologia ogólna, anatomia patologiczna i bakteryologia. 4. Terapia i farmacya. 5. Patologia wewnętrzna. 6. Neurologia, psychiatrya i antropologia kryminalna. 7. Pedyatrya. 8. Dermatologia i syfilografia. 9. Chirurgia ogólna. 10. Okulistyka. 11. Oto-rino-laryngologia. 12. Odotologia i stomatologia. 13. Położnictwo i ginekologia. 14. Medycyna i higiena wojskowa oraz marynarska. 15. Higiena, epidemiologia i technika sanitarno-lekarska. 16. Medycyna sądowa i toksykologia.

Językami urzędowymi Kongresu madryckiego mają być: język francuski, angielski i niemiecki, jak to z reguły dla międzynarodowych kongresów postanowiono; a nadto język hiszpański, włoski, a dowiadujemy się, że i Rosya dla siebie uznania języka rosyjskiego domaga się. Będziemy więc mieli stosunki, przypominające nam wieżę Babel.

Zgłoszenia uczestnictwa, referatów i odczytów. Komitet polski pośredniczy w przyjmowaniu zgłoszeń, odczytów (o ile możności przed 1 stycznia 1903 r.) i w zbieraniu wpisowego, wynoszącego 30 pezetów, czyli mniejwięcej 25 franków = 24 koron = 20 marek, lub = 10 rubli. Pieniądze przesyłać należy na ręce skarbnika Komitetu polskiego, prof. Dra Władysława Reissa (Kraków, ul. Basztowa L. 25). Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmuje prezes Komitetu (Wolska, 11). Formularzy do zgłoszeń uczestnictwa, formularzy do zamawiania albumu (patrz niżej), tymczasowych programów Kongresu w języku francuskim udziela na żądanie sekretarz Komitetu, p. Dr. Buzdygan (Kraków, ulica Wiślna 8).

Dotychczas zgłosili przez Komitet polski następujący panowie odczyty, względnie referaty: Dr. Pręgowski z Heidelbergu jeden, Dr. Reichman i Dr. Kucharzewski z Warszawy i prof. Wicherkiewicz z Krakowa — po dwa.

Uprasza się kolegów o podawanie dokładnych adresów, a przy zapisywaniu się na członka trzeba przesłać kartę wizytową dla jeneralnego sekretaryatu, który odebrawszy od naszego skarbnika uzbierane kwoty wpisowe, prześle już wprost przyszłym członkom Kongresu, wedle ich własnych adresów, karty uczestnictwa. Z tego to powodu podawanie dokładnych adresów jest niezbędne dla uniknięcia późniejszych reklamacyj. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, otrzymają karty udziałowe w cenie 12 pezetów od osoby, uprawniające do korzystania z uroczystości kongresowych, a także do zniżek, przyznanych członkom na kolejach i statkach.

Album pamiątkowe artystyczne. Wspomnieliśmy już swego czasu, iż Komitet wykonawczy przygotowuje wspaniałe album, mające pomieścić reprodukcye fotografij najwybitniejszych członków Kongresu. Komitet ten rozesłał, porozumiawszy się z komitetami narodowymi, prośbę do najwybitniejszych osobistości świata lekarskiego o przysłanie w tym celu fotografii formatu gabinetowego. Chcąc odpowiedzieć przy tej sposobności na często jeszcze powtarzające się zapytywania, nadmieniamy, że tylko osoby zaproszone do tego przez Komitet wykonawczy będą mogły w albumie figurować, i to jeżeli zapisały się na członków Kongresu, a przesyłając fotografię dołączyły zarazem 35 franków na ręce jeneralnego sekretarza (Excmo Sr. Dr. Angel Fernandez-Caro, Madrid. Facultad de Medicina), jako pierwszą ratę ceny albumu, która dopiero później będzie unormowaną, ale nie przekroczy 65 franków. Drugą, dopełniającą ratę, złoży się przy odbiorze albumu w Madrycie. Osoby, któreby nie odebrały albumu w przeciągu dwóch miesięcy po zamknięciu Kongresu, tracą prawo do wpłaconej raty pierwszej.

Delegaci. Pożądaną byłoby rzeczą, aby korporacye naukowe już dziś wybrały swoich delegatów na Kongres, a to w tym celu, aby jeneralny sekretaryat mógł dowiedzieć się o ich nazwiskach i wczas przesłać im zaproszenie do przesłania fotografii dla albumu pamiątkowego.

Ułatwienia podróży. Pod względem zniżek cen przejazdu, to Francya, Hiszpania, Włochy przyznały po 50%; Kompania transatlantycka 33% zniżki za okazaniem karty uczestnictwa; natomiast Austrya, Niemcy i Rosya, odmówiły zniżki wogóle, a Szwajcarya nie udzieliła jeszcze odpowiedzi Komitetowi wykonawczemu.

Pomieszkania zamawiać już można teraz (w Bureau des logements, faculté de Médecine, Madrid) i to wedle formularzy, których Komitet nasz dostarcza. Ceny oznaczono, jak następuje: W hotelach od 15—50 pezetów, czyli 15—40 franków; w domach prywatnych 10—30 pezetów, czyli 9—25 franków za pokój, trzykrotne posiłki dziennie od osoby. Ceną objętą jest należytość za przewiezienie gościa z bagażem do domu i z powrotem na kolej.

Wycieczki. Planu wycieczek organizowanych Komitet centralny dotychczas nie ogłosił, a niezawodnie i nie ogłosi, natomiast polecił zająć się tą sprawą firmie „Bureau Central des Voyages Pratiques à Paris 9, rue de Rome" (Gare St. Lazare), które, jak to ogłasza w piśmie do nas wystosowanem, dyrektor tegoż biura, p. Junot, udziela chętnie bezpłatnie wszelkich wskazówek, tak co do sposobu udawania się do Hiszpanii, jakoteż co do podróżowania po Hiszpanii, wskazuje nadto stosowne hotele, organizuje wspólne podróże do głównych miast Hiszpanii i to dla pojedynczych grup, stosownie do życzeń komitetów narodowych. Odnośne grupy narodowe mogą mieć tłómacza i przewodnika. Skoroby koledzy objawili Komitetowi naszemu życzenia co do wspólnych wycieczek po Hiszpanii, to Komitet, o ileby życzenia te dały się ująć w jeden wspólny odpowiedni plan, chętnie później porozumiałby się z „biurem praktycznych podróży".

Skład Komitetu polskiego o tyle doznał zmiany, iż ś. p. Dr. Florkiewicz złożył z przyczyn podupadłego zdrowia już w czerwcu urząd wiceprezesa; w jego miejsce wybrano wiceprezesem profesora Kryńskiego w Warszawie.

Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz, prezes Komitetu polskiego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano na członka honorowego kol. prof. Dr. **Henryka Jordana**. Po przedstawieniu chorych i okazów

przez kol. Doc. Bossowskiego, odbyły się odczyty: kol. Doc. Bochenka: »Nowe pojęcia o znaczeniu przysadki mózgowej i kol. Dr. Godlewskiego: »Nowsze badania nad regeneracyą«.

* Doc. Dr. Jan Raczyński mianowany został profesorem nadzwyczajnym pedyatryi w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. mianował I-szym asystentem w Klinice chorób wewnętrznych Dr. Stanisława B. Kwiatkowskiego, II gim Dr. Józefa Latkowskiego, III-cim Dr. Kazimierza Flisa.

* Już po ogłoszeniu swojej rozprawy: »Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu«, spostrzegł Dr. St. Lewicki, że w przeglądzie piśmiennictwa pominął pracę Dra H. Święcickiego, który jeszcze w r. 1884 ogłosił artykuł o tym samym przedmiocie. W liście do redakcyi uzupełnia Dr. Lewicki swoją rozprawę niniejszą notatką.

* Dr. Serkowski ogłasza w warszawskich czasopismach lekarskich, że d. 10 stycznia 1903 r. otwartą zostanie w Łodzi Wystawa higieniczno-spożywcza, z której dochód ma być przeznaczony dla Pogotowia Ratunkowego.

* »Boln. Gazeta Botkina« (N. 45) donosi, że posady asystentów klinicznych w Uniwersytetach rosyjskich nadawane odtąd będą tylko doktorom medycyny.

* Między 19 a 25 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVI (9—15—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 29, urodziło się dzieci 59, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 4 (1 zam.), z zapalenia płuc 8, z błonicy 4 (4 zam.), z płonicy 6 (4 zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 3 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Doc. Vulpius (chirurgia ortopedyczna) i Doc. Schmidt (chirurgia) profesorami w Heidelbergu. Doc. Hertel (okulistyka) — profesorem nadzwyczajnym w Jenie. Dr. Cibert profesorem kliniki ginekologicznej w Grenoble. Tytuł profesorów nadzw. otrzymali w Wiedniu docenci: Bing, Klein, Fernwald i Schleisinger.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Rafał Witkowski, l. 39, w Warszawie. Dr. Mehnert — prof. anatomii w Halli. Dr. Paci — prof. chirurgii w Pizie. Dr. Bidder, b. prof. ginekologii w Petersburgu, licząc lat 63.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 11. A. Sokołowski: Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc. Dunin: Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. Borowski: Improwizowanie przyrządów do przewożenia chorych na wsi (dok.).

— *Medycyna* Nr. 48. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego, istotne i wrzekome (c. d.). Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Goździcki: O wytrzymałości i wskaźniku wytrzymałości czerwonych krążków krwi u chorych na gruźlicę. Dembiński: O odporności. I. Aleksyna i substancya uczulająca. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 10. Jesensky: O profilaktyce próchnicy zębów.

— *Kronika lekarska* Nr. 22. St. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym. Giedgowd: O odczynie dwuazotowym. Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. (c. d.). Kutvirt: O nádorech mandli. Haškovec: O tlaku krewnim vůbec a v neurose traumatické zvlášť. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 94. Dobove: Rzekoma niedrożność przewodu pokarmowego na tle nerwowem.

— Nr. 95. Lavarenne: Nowa Akademia lekarska. Labbé: Zadanie gruczołów trawiennych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Herxheimer: O glicerynianach. Albu: Dalszy przyczynek do nauki o gniciu w jelitach. Pappenheim: Co wiemy o barwieniu ziarnek chromatyny jednokomórkowych. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (dok.). Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych w klasie roboczej (dok.) Levinson: Przyczynek do wiedzy o atonicznem rozszerzeniu przełyku (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 47. Arnold: Fagocytoza, synteza i inne sprawy śródkomórkowe. Hegar: Operowanie włókniakomięśniaków macicy. Landerer: Operacyjne leczenie gruźlicy płuc. Hoesslin i Gebhardt: O spirometryi. Pal: Wyjaśnienie działania atropiny na jelita, z uwzględnieniem jej zastosowania w niedrożności jelit. Hohlfeld: O gruźliczych suchotach płucnych u osesków. Stark: O działaniu leczniczem bismutozy. Bumke: Paraldehid i skopolamina jako środki nasenne i kojące w chorobach cielesnych i umysłowych. Oswald: Leczenie żelatyną czarnej choroby noworodków. Tiegel: Przyczynek kazuistyczny śmiertelnego krwotoku w żołądku. Schröder: Dwa przypadki ciężkiego ropnego zapalenia ucha środkowego wskutek wąchania tabaki. Bierbaum: Przerost gruczołu krokowego i galwanokaustyczne jego leczenie według metody Bottini-Freudenberg. Bettman: O zastosowaniu kółka kauczukowego dla złagodzenia ucisku miejsca bolącego na nodze. Graeser: Zarząd marynarki a choroby płciowe. Perthes: Doświadczenia z praktyki lekarskiej w Chinach. Roemisch: O wyniku leczenia gruźlicy według metody Goetschego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 48. Koch: Przenoszenie się gruźlicy bydlęcej na człowieka. Falk: Narkotyzacya chloroformem z domieszką tlenu. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, przebiegające pod postacią tętniaka aorty. Popielski: Celowość w pracy gruczołów trawiennych. Albu: Dobrotliwy gruczolak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Bouma: Wczesne rozpoznanie żółtaczki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Clairmont: Gruźlica gruczołu tarczykowego. Halban: Przyczynek do rozpoznawania przy pomocy cystoskopu. Schwoner: O rozróżnianiu drogą aglutynacyi prątka błonicy prawdziwej od prątka błonicy rzekomej. Swoboda: Rozwiązanie pytania: ospa a ospica (dok.).

Redakcya otrzymała. Sonderegger: Podstawy ochrony zdrowia (Przekład Dr. E. Biernackiego). Szaniawski: Sanitarno-karantinnyja uczreždenija na Persidskom zaliwie. Wobr: 1) Schlamm-Behandlung. Trenčén — Tepliczer Schlamm, seine Wirkung und Anwendungsweise 2) Léčeni vleklých chorob kožních a celkové přijice lázněmi, zvláště sirnými vřidly.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy,* posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Rosner mówić będzie: „O nowych teoryach menstruacyi i implantacyi jajka;“ 2) kol. Dr. Surzycki: „O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.